Aus der Universitäts-Frauenkinik in Freiburg im Breisgau

Über Fehldiagnosen bei Appendicitis der Frauen

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der
medizinischen Doktorwürde

vorgelegt der
hohen medizinischen Fakultät
der
Albert-Ludwigs-Universität
zu
Freiburg im Breisgau

ACAD.
LUGD.BAT.
BIBL.

von

Alfred Erggelet
aus
Freiburg im Breisgau

1914
Buchdruckerei Dr. Götz Werbrun, Aschaffenburg

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen
Fakultät der Universität Freiburg im Breisgau.

Dekan: **Geheimer Hofrat Professor Dr. Hoche.**
Referent: **Geheimer Hofrat Professor Dr. König.**

Meinem lieben Vater
und dem Andenken
meiner seligen Mutter

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41545322_0014

Über Fehldiagnosen bei Appendicitis der Frauen.

Die häufigsten Klagen, welche die Frauen zum Gynäkologen in die Sprechstunde treiben, sind Schmerzen im Unterleib. Wohl jeder untersuchende Arzt kennt zahlreiche Fälle, wo bei dessen Betastung sich kein oder nur ein geringer Befund zeigt. Diese Krankheitsbilder sind für den Frauenarzt besonders unangenehm, da es ihm oft gar nicht möglich ist, sich Klarheit zu verschaffen. Vor zwei Dezennien begnügte man sich noch mit einer Diagnosenstellung „Parametritis" und suchte mit allen verschiedenartigsten, eingreifenden Mitteln abzuhelfen. Erst als die operative Aera ihren Einzug in die Gynäkologie gehalten hatte und man daran ging, Selbstkontrolle zu üben, kam man in der Beurteilung der einzelnen Krankheitserscheinungen einen gewaltigen Schritt weiter. Man lernte die Veränderungen an den einzelnen Organen näher kennen und suchte sich daraus das Krankheitsbild näher zu erklären. Dabei machte sich vor allem bemerkbar, welche große Bedeutung der Erkrankung des Wurmfortsatzes zugesprochen werden muß, und darauf richtete man in Zukunft sein ganzes Augenmerk. Diese dankbare und hochwichtige Aufgabe wurde von den Pathologen kräftig unterstützt.

Die pathologische Anatomie der sich im Wurmfortsatz so häufig abspielenden Entzündungsprozesse ist namentlich in jüngerer Zeit durch die Arbeiten von Aschoff und seiner Schüler wesentlich gefördert worden. Er hat die Perityphlitis zum Gegenstand eingehender Untersuchungen gemacht und das Krankheitsbild pathologisch-anatomisch auf das Sorgfältigste durchforscht. Dadurch wurden wichtige neue Gesichtspunkte eröffnet, welche die histologische Diagnostik wesentlich gebessert und die Möglichkeit an die Hand gegeben haben, auch nach Ablauf der akuten Erkrankung an den Wandveränderungen zu erkennen, ob sich in ihm eine Entzündung abgespielt hat oder nicht. Dies ist aber für die Gynäkologen speziell ein sehr wichtiges Ergebnis.

Wenn auch die Kliniker in neuester Zeit auf die Bedeutung der Wurmfortsatzentzündung und die eventl. sich anschließenden schweren Beckenerkrankungen beim Weibe hingewiesen haben und eine entsprechende Behandlung durch den Spezialisten verlangten, so ist man sich heute noch in weiten Kreisen nicht bewußt, wie häufig die Perityphlitis beim Weibe ist. Für die Pathologie der Beckenorgane spielt sie nämlich eine außerordentlich wichtige Rolle, besonders für die Entstehung der pelveoperitonitischen Verwachsungen.

Der akute appendicitische Anfall ist ein sehr gut gekanntes Krankheitsbild, so daß es nicht leicht Anlaß zu Verwechslungen gibt. Solche mit entzündlichen Erkrankungen im Bereich der inneren Genitalien, mit stielgedrehten Ovarien, den Folgezuständen der unterbrochenen Eileiterschwangerschaft etc. werden aber dann erfolgen können, wenn der Wurmfortsatz nicht an der typischen Stelle sitzt, durch eine besondere Länge ausgezeichnet ist und die periappendicitischen Veränderungen in das kleine Becken zu liegen kommen. Auf die große Ähnlichkeit der Erscheinungen bei allen diesen genannten Affektionen und der akuten Appendicitis wurde bereits oft und nachdrücklich hingewiesen. Ebenso oft wurde bereits betont, daß nur eine sorgfältig aufgenommene Anamnese und ein ebenso mit Bedacht aufgenommener Tastbefund in solchen zweifelhaften Fällen uns vor Irrtümern zu bewahren vermögen.

Wenn wir aber auch in Zukunft an dieses ätiologische Moment noch vielmehr denken müssen wie vorher, so sind vielfach die klinischen Erscheinungen einander so gleich, daß es oft schwierig ist, die richtige Diagnose zu stellen; vor allem gilt dies, wenn seit Krankheitsbeginn längere Zeit verstrichen ist und die Anamnese nichts Genaues ergibt. Haben sich dann die Veränderungen in der Ileocöcalgegend schon so weit zurückgebildet, daß sie sich der Palpation entziehen, und finden wir bei der vaginalen Untersuchung noch Adhäsionen an den Genitalorganen, dann sind Verwechslungen nur zu leicht möglich. Wenn auch für eine große Anzahl von Fällen der diagnostische Fehler auf eine mangelhafte Beobachtung und nicht genügend durchgeführte Untersuchung zurückgeführt werden muß, so ist andererseits unbedingt zuzugeben, daß wir einer Reihe von Fällen begegnen, in denen eine sichere Diagnose eben doch nicht gestellt werden kann.

Wie ich schon oben angedeutet habe, verlangt die moderne Gynäkologie das Einbeziehen der Wurmfortsatzentzündung in ihr Arbeitsfeld. Um dabei aber Fehldiagnosen zu vermeiden, müssen wir das Auftreten und den Verlauf der Erkrankungen der Unterleibs- bezw. Beckenorgane, sowie den Zusammenhang der einzelnen unter sich genau kennen.

Als einen kleinen Beitrag zu deren Differenzialdiagnose möchte ich nachstehende Abhandlung: „Über Fehldiagnosen bei Appen-

dicitis der Frauen“ ansehen und im Anschluß daran diesbezügliche Krankheitsfälle aus dem Material der Freiburger Universitäts-Frauenklinik mitteilen.

Am häufigsten werden wir den Entzündungen der Beckenorgane und von diesen wiederum den Entzündungen der Eileiter begegnen, die uns die Diagnosenstellung erschweren. Die Tuben sind wie die Cervix und die Uterushöhle durch die vorhandenen chemischen und mechanischen Schutzvorrichtungen, enge Ostien, nicht zuletzt durch die bactericiden Schleimfüllungen und, was für sie besonders noch von Bedeutung ist, durch die Keimfreiheit ihrer Vorräume in gesundem Zustand frei von Spaltpilzen. Ist es aber den pathogenen Mikroorganismen gelungen, in den Uterusgeweben zu ascendieren, so liegt die Gefahr einer Uebertragung der Infektion direkt durch Uterussecret oder durch allmähliches Vordringen in den Geweben nur allzu nahe und wir erhalten die Bilder einer interstitiellen Salpingitis, einer Endo-, Pyosalpingitis. Bei allen diesen Erkrankungen erhalten wir kein einheitliches Krankheitsbild wegen der verschiedenen Wirkung der Bakterien und weil die krankhaften Vorgänge durch verschiedene Ursachen ausgelöst nicht die Tube allein befallen, sondern entweder von dem Uterus ausgegangen sind oder die Ovarien und das Bauchfell mitergriffen haben. Bei der gonorrhöischen Salpingitis ist es die Ausbreitung der Entzündung auf das Peritoneum, wodurch das Krankheitsbild beeinflußt wird. Döderlein hat einige Fälle von Peritonitis gonococcica gesehen bei Durchbruch von reichlichem hochvirulenten Secret in die freie Bauchhöhle, wobei es nicht zur Abkapselung kam und deshalb eine äußerst heftige Entzündung zur Folge hatte. Diese Fälle sind allerdings selten, meist hat man es mit der erwähnten Abkapselung zu tun; dabei kann es öfter zu vorübergehenden Attacken kommen, aber schließlich stellt sich ein dauerndes Schmerz- und Druckgefühl im Becken und Kreuz ein. Die schweren pelveoperitonitischen Attacken werden sich nicht scharf von den appendicitischen unterscheiden lassen. In der Intensität und dem akuten Auftreten der Erscheinungen werden sich dieselben oft vollkommen gleichen. Ich möchte mir hier vorbehalten, bei Besprechung der Ovarialkystome noch eingehender den appendicitischen Anfall zu besprechen und jetzt nur die Hauptpunkte desselben zu berühren.

Die durch die Pyosalpinx herbeigeführte Pelveoperitonitis geht meistens im ersten Beginn mit hoher Temperatur, keiner nennenswerten Pulsbeschleunigung, kaum verändertem Gesichtsausdruck, meist geröteten Wangen einher. Solange die Infektionserreger vorhanden sind, sich vermehren und Toxine bilden, fehlt nie das Fieber, die Erhöhung tritt aber nur abends ein. Allerdings kann bei gonorrhoischen und septischen Entzündungen eine dauernd hohe Körpertemparatur vorkommen und weist hiermit auf die Eiterung hin.

Das Abdomen pflegt, wenn die Entzündung das kleine Becken überschritten hat, besonders über den Darmbeinschaufeln und der Symphyse druckempfindlich zu sein, während das Eprigastrium vollkommen frei sein kann.

Erbrechen und Singultus wird seltener bei der Beckenperitonitis nach Pyosalpinx beobachtet wie nach Appendicitis. Der Nachweis von Fluor ist differenzial-diagnostisch nicht verwertbar, weil in Fällen von Appendicitis nebenher eine Gonorrhoe bestehen kann. Die gynäkologische Untersuchung führt nicht immer zum Ziele einer richtigen Diagnose; die Palpation ist bei beiden Erkrankungen sehr schmerzhaft, Exsudate werden ebenfalls bei beiden Leiden im Douglas und seitlich vom Uterus palpiert.

Die Salpingitis in ihrem Anfangsstadium, der Tubenkatarrh entzieht sich der direkten Diagnose, da hier noch keinerlei palpatorische Befunde im Tubengewebe aufgetreten sind, höchstens mikroskopische Veränderungen nachweisbar sind. Ebensowenig kann die isolierte Schmerzhaftigkeit der Tuben bei der Frühdiagnose verwendet werden, da eine genaue Abtastung besonders bei starken Frauen mit straffen Bauchdecken häufig unmöglich ist. Dagegen scheint unter den klinischen Symptomen, Erbrechen, Singultus, Pulsbeschleunigung und besonders die stärkere Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens, wie leidender Gesichtsausdruck, oberflächliche Atmung mehr für Appendicitis zu sprechen. Wie aber gesagt, ist eine sichere differenzielle Diagnose häufig unmöglich.

Gerade die richtige Deutung der subjektiven Entzündungen erscheint bei den Tubenerkrankungen vor allem schwierig, da man oft Fälle beobachten kann, in denen nach den Angaben der Patientinnen die schwersten Veränderungen vermutet werden, ohne daß eine anatomische Abweichung gefunden wird. Andererseits können Pyosalpingen mit ausgedehnten Verwachsungen gefunden werden, ohne daß die Frauen nach ihrer Aussage je ernst erkrankt waren.

Aetiologisch muß man bei der Entzündung unterscheiden zwischen den Formen der ascendierenden Gonorrhoe, der puerperalen Infektion, der Tuberkulose und jenen von septischer Infektion nach intrauterinen Eingriffen.

Zumeist wird hier die Anamnese eine Entscheidung treffen lassen. Kann man z. B. beim Ehemann eine Gonorrhoe feststellen, beim Kinde Ophthalmoblennorrhoe beobachten, klagen die Kranken über Menstruations- und Secretionsstörungen – sie kommen jedoch auch bei „Appendicitis chronica“ vor – über die so häufig recurrierende Pelveoperitonitis, so ist die Diagnosenstellung nicht schwer. Auch die Einkindsterilität hat man oft als Beweis für das Vorhandensein einer Entzündung in den Tuben angesehen, da sie die Folgen derselben darstellt durch die im ersten Wochenbett erworbenen Veränderungen in den Eileitern, die genorrhoischer oder septischer

Art sein können. Krönig hat gezeigt, daß vor allem die Gonococcen die Ursache des Leidens sind, da diese in den Lochien besonders gern gedeihen und dadurch unbehindert im Geburtskanal aufsteigen. Im Vergleich zur Häufigkeit der gonorrhoischen Pyosalpingen sind die durch septische und putride Prozesse bedingten Eiteransammlungen in den Tuben relativ selten.

Einfach und klar liegen die Verhältnisse meist dann, wenn das Einsetzen der Erscheinungen in den Verlauf eines fieberhaften Wochenbettes fällt. Hier ist wohl zunächst an eine puerperale septische Infektion zu denken, obgleich man auch hier öfter Täuschungen erlebt. Ist es möglich, im Urethral- und Cervicalsecret Gonococcen nachzuweisen, und kann man beiderseits die geschwollenen Adnexe abtasten – nach Aschoff tritt die Gonorrhoe allerdings gar nicht so selten einseitig auf – so ist die Differenzialdiagnose gesichert, wobei es natürlich sehr auf den Sitz des Tumors, dessen Zusammenhang mit dem Uterus und die Schmerzhaftigkeit der verdickten Adnexe ankommt.

Schwierig wird jedoch das Erkennen, wenn alle besagten Anhaltspunkte fehlen oder es zu größeren Eiterherden und Verwachsungen gekommen ist. Nach all dem Gesagten scheint es richtig, in zweifelhaften Fällen selbst auf die Gefahr hin, nur einen Pyosalpinx entfernen zu können, eine Laparatomie vorzunehmen. Denn auf der anderen Seite kann eine Unterlassung derselben folgenschwer werden, wenn eine Perityphlitis besteht, die in eine Peritonitis übergeht. Jedenfalls ist zu raten, eine Patientin in tiefer Narkose nochmals gynäkologisch zu untersuchen. Dann gelingt es zuweilen, den entzündlichen Tumor dicht am Uterus genau abzutasten und eine Diagnose zu stellen.

Am meisten Ähnlichkeit mit dem akuten appendicitischen Anfall haben die Ovarialcysten bei ihrer Stieldrehung. Wegen ihrer wichtigen klinischen Erscheinungen halte ich es für angebracht, auf die Stielverhältnisse der Ovarialgeschwülste ganz kurz einzugehen. Die Tumoren, die in der Diagnosenstellung hauptsächlich zu Verwechslungen mit der Wurmfortsatzentzündung Anlaß geben können, ragen oft an langen Stielen aus dem kleinen Becken in die Bauchhöhle hinein, ohne den Frauen Schmerzen zu verursachen. Bei der Ascendenz der Tumoren ist es oft schon zu einer geringen Stieltorsion derselben gekommen. Man kann sich nun leicht denken, daß durch irgend welche Zufälligkeiten die Drehung immer weiter geht und so zu den ersten klinischen Symptomen führt. Die im Geschwulststiel laufenden Gefäße trombosieren infolge ihrer Abklemmung und führen zu großen Ernährungsstörungen der Geschwulst, die sich am wesentlichsten in der starken Blutstauung und einer eventl. sich anschließenden Abschnürung des Tumors zeigen. Man könnte in einem derartigen Fall an eine Resorption der Neubildung glauben; diese Vermutung wird aber vereitelt durch

Verwachsungen, die das Peritoneum mit dem absterbenden Gewebe eingeht.

Wie stellt sich nun das Verhältnis der pathologisch-anatomischen Veränderungen zu den klinischen Erscheinungen dar? Das stürmische Auftreten derselben und die Symptome einer akuten Peritonitis lassen uns sofort an eine Wurmfortsatzentzündung denken. Mitten im größten Wohlbefinden treten diese Schmerzen auf, und zwar wird die Stärke von dem Grad der Torsion abhängig sein. Je stärker die Gefäße verschlossen werden, desto größer wird die Stauung und die folgenden Ernährungsstörungen in der Cystenwand und um so bedeutender die Reaktion des Bauchfelles. Das Abdomen ist auf Druck äußerst empfindlich und durch den vorhanden Meteorismus aufgetrieben. Der Stuhl und die Flatus sind verhalten, der Puls ist sehr klein, häufig kann ein länger dauernder Kollaps eintreten.

Wenn keine Vereiterung des Tumors eintritt, so gehen die akuten peritonitischen Erscheinungen nach wenigen Tagen zurück und man kann jetzt den eigentlichen Tumor zwischen den Därmen tasten. Kommt derselbe in die rechte fossa iliaca zu liegen, dann ist die Verwechslung mit einem periappendicitischen Exsudat nur zu leicht möglich.

Die immer deutlicher werdende rundliche Gestalt der Geschwulst, evtl. das durch den Tastbefund festgestellte Fehlen des einen Eierstockes, bezw. der Nachweis eines mit dem Gebärmutterhorn zusammenhängenden Stieles können des öfteren Aufklärung bringen. Kurz sei hier der Beobachtungen zahlreicher Chirurgen und Anatomen gedacht, wonach die Lage der Appendix ungemein variabel sein kann, daß der hohe Sitz des Tumors allein nicht für Appendicitis spricht. Die Adnexe können ebenfalls so hoch gelagert sein, man denke z. B. nur an den puerperalen Uterus. Andererseits haben wir es häufig mit einer pehrinen Lage der Appendix zu tun, wobei selbstverständlich auch die Häufigkeit der periappendicitischen Exsudate wächst. Der Sitz des Tumors ermöglicht es uns also nicht, eine Differenzialdiagnose zu stellen.

Sehen wir einmal zu, wie es mit den anderen Erscheinungen steht. Eine mehr oder minder erhöhte Körpertemperatur, ja selbst Schüttelfrost können zusammen mit der Stieltorsion auftreten genau wie bei der Appendicitis. Andererseits kann das Fieber, welches als charakteristisch für schwere Entzündungsprozesse angesehen zu werden pflegt, wie Kümmell mehrmals beobachtet hat, bei gangränösen und bereits perforierten Appendices fehlen, auch dann, wenn schon eitrige Flüssigkeit in der Bauchhöhle vorhanden ist.

Für die Differenzialdiagnose ergibt das Blutbild auch nichts, denn bei beiden Prozessen haben wir es mit einer Hyperleukocytose zu tun.

Die Druckempfindlichkeit ist beiden Krankheiten gemeinsam. Palpieren wir durch die Bauchdecken, so können wir zuweilen eine umschriebene Druckempfindlichkeit in der rechten Seite beobachten, die aber gewöhnlich nicht auf den Mac Burney'schen Punkt beschränkt ist, sondern sich auf die Umgebung, ja sogar das ganze Abdomen ausdehnen kann und, was besonders zu beachten ist, von dem Charcot'schen Ovarialdruckpunkt nicht getrennt werden kann.

Ueber diese Schwierigkeit der palpatorischen Untersuchung äußert sich Pankow:

„Das Merkmal, welchem noch die meisten Autoren einen diagnostischen Wert beimessen, ist die Druckempfindlichkeit des Mac Burney'schen Punktes. Doch wird von anderen wieder die Unsicherheit auch dieses Symtoms hervorgehoben. Wir haben jedenfalls sehr häufig die Druckempfindlichkeit an der charakteristischen Stelle nachweisen können, wir haben aber auch oft gesehen, daß sie sich in gleicher Weise über größere Gebiete erstreckte und speziell vom Druckpunkt der Ovarie, und das ist für die Gynäkologen so wichtig, nicht zu trennen war. In den Fällen, in denen eine gynäkologische und vor allem jede nervöse oder hystero-neurasthenische Erkrankung ausgeschlossen ist, kann man wohl die Schmerzhaftigkeit des Mac Burney'schen Punktes und seiner Umgebung als ein diagnostisches Symptom mit verwerten. Sobald wir aber bei der Deutung des Krankheitsbildes auch noch andere Erscheinungen nervöser oder hystero-neurasthenischer Erkrankungen und genitale Veränderungen nachweisen können, so müssen wir mit der Beobachtung dieses Befundes recht vorsichtig sein, zumal auch, worauf von anatomisch-klinischer Seite wiederholt hingewiesen ist, bei den Variationen in der Lage des Cöcums und der Appendix der charakteristische Druckpunkt gewissen Verschiebungen ausgesetzt sein muß."

Bei der Untersuchung des Leibes ist durch die Bauchdecken gewöhnlich etwas Abnormes nicht zu fühlen. Zuweilen macht sich eine Vorwölbung oder eine strangartige Verdickung in der rechten Seite bemerkbar mit einer Spannung der Bauchmuskeln. Diese défense musculaire wird von vielen Autoren als eines der zuverlässigsten Merkmale gepriesen, kommt aber ebensogut bei andern Organerkrankungen im weiblichen Becken vor. Auf jeden Fall ist es unbedingt notwendig, das Abdomen nicht nur an der gewöhnlichen Stelle, sondern die ganze Bauchhöle abzusuchen, um keinen versteckt liegenden Absceß zu übersehen.

Für die Diagnose erwachsen große Schwierigkeiten, wenn nach Angabe der Patientinnen die Beschwerden ganz allmählich begonnen und sich erst im Laufe der Zeit verschlimmert haben. Eine wichtige Rolle dabei spielen die Erkrankungen an Appendicitis im Kindesalter, wo es durch ungenaue Angaben der Kinder, die

den Schwerz nicht lokalisieren können, leicht zu einer falschen Diagnosenstellung, „Verdauungsstörungen", kommt. Selbstverständlich ist nicht zu vergessen, worauf unter anderen Sonnenburg hingewiesen hat, daß auch bei Kindern in der frühesten Jugend so leise ein Anfall auftreten kann, daß er gar keine Erscheinungen macht. Da aber nach den Angaben von Neuberg, der in seiner Arbeit auch die leichten nicht klinisch behandelten Fälle berücksichtigt hat, die Gesamtmortalität bei Appendicitis im Kindesalter nur etwa 12 % beträgt, so ist verständlich, daß wir bei der erwachsenen Frau zuweilen anatomische Veränderungen finden werden am Wurmfortsatz, die schon in der Kindheit entstanden und die dann auch anamnestisch nicht mehr festzustellen sind.

Weiterhin sind oft die Schmerzen solcher Patientinnen mit „chronischer" Appendicitis und „chronischer" Oophoritis sehr unbestimmt und absolut nicht auf die Ileocöcalgegend beschränkt, sondern strahlen nicht selten nach den Beinen, Rücken, Kreuz und über das ganze Abdomen aus, so daß sie nur zu leicht zum Anlaß einer falschen Diagnosenstellung werden.

Ewald schreibt: „Solche Kranken werden unter Umständen jahrelang unter der Diagnose „chronischer Magen- und Darmkatarrh" mit den entsprechenden therapeutischen Maßnahmen ohne jeden Erfolg behandelt und müssen sich schießlich gefallen lassen, als unverbesserliche Querulanten, als Neurastheniker und Hysterische zu gelten."

Und Kümmell äußert sich über die Diagnosenstellung: „Es liegt in der Eigenart der Appendicitis und macht dieselbe zu einer so gefürchteten Erkrankung, daß gerade das Erkennen derselben und vor allem das rechtzeitige Erkennen, die Frühdiagnose, vielfach bedeutende Schwierigkeiten bietet." Es ist nicht der ausgesprochene unter den typischen Symptomen verlaufende Anfall, der uns die Diagnose erschwert, sondern die große Zahl der atypisch verlaufenden Formen, die Schwierigkeit der Differenzialdiagnose und nicht zum wenigsten der Umstand, daß alle im Laufe der Jahre als stichhaltig angegebenen Symptome absolut versagen. Es gibt leider kaum ein charakteristisches Symptom, das mit Sicherheit das Vorhandensein der Appendicitis uns annehmen läßt, wenigstens in den Anfangsstadien, und welches nur eine annähernd sichere Richtschnur für den weiteren Verlauf gewährt. Der Druckschmerz am Mac Burney'schen Punkt ist oft das einzige Symptom, das auf eine Wurmfortsatzentzündung schließen läßt, kommt aber auch, wie oben erwähnt, in anderen Fällen vor. Jedenfalls verlangt die Feststellung dieses ungemein wichtigen Druckpunktes oder das Hervorrufen des charakteristischen Schmerzes eine sehr sorgfältige und eingehende Prüfung.

Wir haben gesehen, daß selbst bei gangränösen und perforierten Appendices, sowie bei bereits vorhandener Flüssigkeitsansammlung

im Abdomen das Fieber fehlen kann und nicht eine Folgeerscheinung einer Appendicitis zu sein braucht. Dasselbe gilt, wollte man den Puls in der Diagnose für die Schwere der Krankheit heranziehen. Man hat nicht selten bei Patientinnen mit perforierter Appendix einen ganz ruhigen oder minimal erhöhten Puls festgestellt. Alle unsere bisherigen Betrachtungen können wir dahin zusammenfassen, daß wir sagen: Alle für die Appendicitis charakteristischen Symptome: Schmerz, frequenter Puls, Fieber, Erbrechen, Spannung der Bauchmuskulatur u. a. m. können fehlen oder nur wenig ausgesprochen vorhanden sein, obwohl bereits eine schwere Appendicitis vorliegt.

Ähnlich ist es auch mit den Beschwerden der „chronischen" Oophoritis, über deren Aetiologie und Symptomatologie heute noch eine große Meinungsverschiedenheit unter den Gynäkologen herrscht.

Krönig äußert sich darüber: „Man tut vielmehr als Kliniker gut, die Diagnose „chronische Oophoritis" so selten als möglich zu stellen, vorausgesetzt, daß man nicht eine vorausgegangene akute bakterielle Entzündung feststellen kann, welche sich noch als Residualentzündung meist durch Verwachsungen am Uterus und den Tuben feststellen läßt. Einfache Schmerzhaftigkeit in der Gegend des Ovariums, sei es spontan, sei es auf Druck, gibt uns keineswegs das Recht, die Diagnose auf chronische Eierstockentzündung zu stellen, um so weniger, als wir bei neuropathisch veranlagten Individuen einen Schmerzpunkt in der Gegend des Eierstocks so überaus häufig als rein nervöses Symptom feststellen können."

Versteht man unter Oophoritis chronica eine sekundäre Entzündung, die von der Nachbarschaft aus auf den Eierstock übertragen wurde, so wird das anatomische Bild unsere Annahme bestätigen können. Wir finden aber dann auch Adhäsionen am Ovarium eventl. auch an Tuben und anderen Beckenorganen, die wir womöglich nicht palpieren können, die aber leicht Ursache der klinischen Symptome sein können. Fassen wir dagegen die chronische Oophoritis als primäre Erkrankung des Eierstockes auf, die schleichend entsteht uud die typischen Beschwerden auslöst, dann ist aber anatomisch nichts von einer solchen Erkrankung nachzuweisen. Teilhaber hat den Beweis erbracht, daß alle Befunde die man bei einer chronischen Oophoritis diagnostiziert hat, auch an gesunden Ovarien auftreten. Man glaubt deshalb, daß es sich in solchen Fällen meist um Neurosen im Unterleib handelt, die auch das Ovarium in ihren Wirkungskreis einbeziehen.

Die angestellten Beobachtungen bei Oophoritis, Ovarialneuralgie, sodann bei Lageveränderungen von Organen, z. B. des Uterus, der Niere, des Cöcums u. a. m., auch zum größten Teil bei „chronischer" Appendicitis zwingen uns die Ansicht auf, daß

die klinischen Symptome nicht den lokalen Veränderungen allein, sondern in einer gleichzeitig bestehenden funktionellen Nervenerkrankung, der Hysteroneurasthenie zu suchen ist. Aber gerade darin erwächst uns wiederum eine große differenzial-diagnostische Schwierigkeit.

Man ging sogar soweit und sprach im Falle eines ausgesprochenen Ileocöcalschmerzes mit normalem Wurmfortsatz direkt von einer Pseudoappendicitis.

Koprostase des Cöcums verursacht oft Schmerzgefühle, die für Appendicitisattacken gehalten werden, zumal auch Druckempfindlichkeit und Resistenz vorhanden sind. Vor Verwechslung schützt das eigentümliche „Klebegefühl" beim Palpieren der Rotmassen, das Fehlen von Fieber und Erbrechen, der ungestörte Appetit, das Verschwinden aller Symptome nach gründlicher Defäcation, die Wiederkehr trotz Entfernung des Wurmfortsatzes. Die hysterische Pseudoappendicitis erkennt man an dem psychischen Verhalten der Kranken. Weniger bekannt ist die psychisch rheumatische Pseudoappendicitis, wo eine Resistenz fehlt und kein Erbrechen eintritt, wo aber eine sehr starke oberflächliche Druckempfindlichkeit besteht und die Anamnese Anfälle von Muskelrheumatismus, Ischias, Lumbago etc. ergibt. Offenbar handelt es sich dabei um eine Affektion der Bauchdecken. Wenn man fernerhin erwägt, wie ungemein verbreitet heute Nervosität und Hysteroneurasthenie einerseits und Appendicitis und Genitalleiden andererseits sind, so wird man leicht die differenzial-diagnostischen Schwierigkeiten einsehen. Gewagt ist allerdings die Annahme eines ursächlichen Zusammenhanges der Appendicitis mit Nervosität resp. Hysteroneurasthenie.

Jedenfalls kann man am besten eine richtige Diagnose nach einer sorgfältigen Anamnese und ausführlichen Angaben der Patientinnen stellen, die den akuten Anfall oft in charakteristischer Weise schildern.

Zum Schlusse möchte ich noch gerne kurz der Tuberkulose gedenken, obwohl hier im allgemeinen die Differenzialdiagnose nicht schwer fallen dürfte. Hat man es mit Patientinnen zu tun, die tuberkulös erblich belastet sind, die verschiedentlich schon eine tuberkulöse Affektion der Lungen durchgemacht haben und vielleicht noch tuberkulöse Herde in den Knochen, Gelenken, Haut etc. aufweisen, so spricht das alles beim Vorhandensein eines Pyosalpinx schon gewaltig für oben erwähnte Erkrankung im Bereich der Adnexe.

Am meisten muß man sich bei der Diagnosenstellung nach dem Ausfall der bakteriologischen Untersuchung der Secrete richten; man wird weiterhin eine Probeexcision ausführen und schließlich kann man noch mit Pirquet's oder Koch's Versuch oder der Ophthalmoreaction auf einen positiven Erfolg hoffen.

Von den Erscheinungen bei Adnextuberkulose beobachtet man vor allem die Störungen des Allgemeinbefindens, obwohl diese

nicht zur Klärung der Diagnose beitragen können. Wichtig sind die häufigen Menstruationsstörungen; sowohl Menorrhagien wie Amenorrhoeen sind die Folgen der tuberkulösen Veränderungen, jedenfalls tritt bei doppelseitiger tuberkulöser Adnexerkrankung mit reichlichen Verwachsungen ein Cessatio mensium ein und weist hiermit auf besagte Erkrankung hin.

Die Palpation ergibt nichts, selbst die knotigen Verdickungen der Tuben bieten nichts für die Tuberkulose Charakteristisches dar, da ja doch diese Auftreibungen auch bei gonorrhoischen Eileitern vorkommen. Auch die im hintern Douglas vom Restum aus tastbaren Tuberkelknötchen verlieren ihre differenzial-diagnostische Bedeutung, da hier eine Carcinose des Peritonemus oder gonorrhoischer Exsudalmassen vorliegen können.

Am wertvollsten ist eben auch hier eine geschickt aufgenommene Anamnese, aus der oft höchst wichtige Punkte zusammen mit klinischen Einzelbefunden das Bild der Genitaltuberkulose erstehen lassen.

Im folgenden soll eine Darstellung aller Appendectomieen der Freiburger Frauenklinik innerhalb der Jahre 1904—1912 gegeben werden, bei denen auf Grund oben betrachteter Verhältnisse Fehldiagnosen unterlaufen sind.

Zwei große Gruppen haben wir dabei zu unterscheiden:

I. Gruppe.

Die Diagnose wurde auf Appendicitis gestellt, hat sich aber bei der Laparatomie oder pathologischen Untersuchung nicht bestätigt.

Fall 1. 7. XI. 1911. Frl. P., 26 Jahre alt. Patientin will immer gesund gewesen sein. Erste Periode mit 16 Jahren, letzte vor 3 Wochen, immer regelmäßig, starke Blutung, Wallungen, Schwäche, Schlaflosigkeit, Kreuz- und Leibschmerzen. Vor zwei Monaten traten die ersten „Anfälle“ auf, die bis jetzt anhielten und an Stärke zu- und abnahmen. Obstipation, Schmerzen im rechten Unterleib, Kreuz und Extremitäten, Schweiße, Auftreibung des Leibes. Augenblicklich besteht kein Anfall. Puls regelmäßig, kräftig, 80. Etwas blasse Gesichtsfarbe.

Klinische Diagnose: Appendicitis recidiv.
Operation: Appendix nicht verwachsen; Appendectomie.
Pathologischer Befund: Es finden sich keine sicheren Zeichen einer früheren Entzündung.
Patientin wurde am 21. XI. 1911 geheilt entlassen.
Epikrise: Nervöse Organempfindungen.

Fall 2. 7. XI. 1911. Frl. E., 19 Jahre alt. Als Kind Masern. Erste Periode mit 15 Jahren, letzte 7. XI., unregelmäßig, alle 14 Tage bis 3 Wochen, 3 bis 5 Tage, wenig Blut. Beim Eintritt der Menses

Schwindel, Herzklopfen, Kopf-, Kreuz- und Leibschmerzen. Seit Sommer Schmerzen im Leib, besonders rechts, die jetzt stärker geworden sind. Obstipation, Aufstoßen. Patientin sucht deshalb die Klinik auf. Die Untersuchung ergibt: Mac Burney empfindlich, Parametrium und Adnexe frei, Uterus klein, hart, anteflektiert, beweglich, Puls 90.

Klinische Diagnose: Appendicitis chronica.
Operation: Appendix sehr schlank, verwachsen. Appendectomie.
Pathologischer Befund: Es finden sich keine Zeichen einer abgelaufenen Appendicitis.
Patientin am 26. XI. gebessert entlassen.
Epikrise: Nervöse Organempfindungen.

Fall 3. 15. XII. 1911. Frl. Sch., 21 Jahre alt. Als Kind Masern, vor 8 Monaten hatte sie einen Gelenkrheumatismus; seit einem Jahr Schmerzen im Unterleib und Kreuz, Schwindel, Verstopfung, teilweises Brennen beim Wasserlassen, weißer Ausfluß. Erste Periode mit 14 Jahren, letzte am 7. XII., regelmäßig, mäßige Blutung. Wegen der Leibschmerzen kommt Patientin in die Klinik. Ein direkter appendicitischer Anfall trat nie auf.

Klinische Diagnose: Appendicitis chronica.
Operation: Appendix sehr lang, in der Mitte verwachsen.
Pathologischer Befund: Appendix ohne Besonderheiten.
Patientin am 29. XII. geheilt entlassen; sehr gutes Befinden, Adnexe frei, Uterus anteflektiert, beweglich.
Epikrise: Nervositas.

Fall 4. 27. VIII. 1911. Fr. P., 41 Jahre alt. Mit 19 Jahren Diphtherie, Gelenkrheumatismus, Angina. Vor 3 Jahren traten Schmerzen auf im Leib, Übelkeit, Dauer $^1/_2$ Stunde; seit dieser Zeit dieselben Beschwerden. Immer Gefühl der Völle, Aufstoßen, aufgetriebener Leib, schlechter Schlaf, Fieber. Erste Periode mit 17 Jahren, letzte vor 3 Wochen, regelmäßig, keine Beschwerden, mäßig Blut; eine Zangengeburt, im Wochenbett Fieber. Jetzige Krankheit begann am 26. VIII. 1911 im Zuge mit starken Schmerzen rechts und Kollaps, zu Hause Besserung am andern Morgen (27. VIII.) wieder Kollaps und wird deshalb in die Klinik verbracht.

Status: Leib flach, etwas gespannt, Mac Burney sehr druckempfindlich, Uterus normal groß, hart, beweglich. Adnexe o. B. kein Exsudat zu tasten. Puls regelmäßig, sehr beschleunigt (120).
Klinische Diagnose: Appendicitis acuta.
Operation: Leichte Verwachsungen an der Spitze der Appendix, sonst frei, keine Zeichen der Entzündung, Adnexe o. B. soweit tastbar.

Pathologischer Befund: Normale Appendix.
Am 5. IX. 1911 wird Patientin geheilt entlassen. Ihr Befinden ist sehr gut, Genitalbefund o. B.
Epikrise: Hysterische Pseudoappendicitis.

Fall 5. 25. III. 1912. Fr. K., 27 Jahre alt. Als Kind Masern. Erste Periode mit 14 Jahren, letzte 11. III., unregelmäßig, 5 bis 8 Tage. Eine normale Entbindung; seit dieser Zeit (Februar 1909) hat Patientin beständig Schmerzen im Unterleib und in der Magengegend, dabei sehr schlechten Appetit. Patientin wurde draußen wegen Blutarmut behandelt und wird jetzt mit der Diagnose „Appendicitis" in die Klinik geschickt.

Status: Bleiche Gesichtsfarbe, Uterus anteflektiert, beweglich, Fundus sehr breit. Tuben schlank, rechts sehr druckempfindlich am Tubenwinkel des Uterus. Ovarien sehr groß, beweglich, druckempfindlich. Vulva und Vagina o. B, etwas weißlicher Fenor. Rechte Niere sehr beweglich, steht mit dem unteren Pol zwei Querfinger unterhalb des Nabels.
Klinische Diagnose: Appendicitis chronica? Ren mobilis dextra? Uterus myomat?
Differenzialdiagnose: Ulcus ventriculi?
Operation: Uterus klein, beweglich, beide Adnexe frei von Verwachsungen. Salpingectomie, Appendectomie.
Pathologischer Befund: Keine abgelaufene Appendicitis nachweisbar.
Klinischer Verlauf: 10. IV. Seit der Operation nach wie vor Schmerzen in der Blinddarmgegend, einige Tage hat Patientin Ruhe, dann kommen sie wieder von neuem; kein Erbrechen, kein Fieber, Stühle regelmäßig, wenig Appetit, linke Adnexe und Parametrium frei, rechtes Ovarium an der seitlichen Beckenwand leicht fixiert; Mac Burney und Gallenblasengegend druckempfindlich; an der letzteren ist eine Persistenz zu fühlen. 16. IV. Deutlicher Druckpunkt in der Magengegend, normale Genitalien. Entlassungsbefund 16. IV.: Subjektives Befinden im allgemeinen gut; seit gestern Menses, wieder mit Schmerzen, auch an der Wunde; diese per primam geheilt, nicht druckempfindlich, keine Rectusdiastase, Uterus anteflektiert., rechter Tubenstumpf etwas druckempfindlich; auf dem Mac Burney leichte Druckempfindlichkeit.
Epikrise: Nervöse Organempfindungen.

Fall 6. 15. I. 1912. Fr. N., 29 Jahre alt. Als Kind zweimal Masern, zweimal Scharlach, im Jahre 1910 allgemeine Sepsis. Erste Periode mit 11 Jahren, letzte vor 9 Tagen, regelmäßig starke

Blutung mit Kopfschmerzen. Eine Entbindung, Forceps (Zwillinge), Wochenbett fieberfrei, 10 Tage nachher aufgestanden; nicht nervös, hat nicht gestillt. Patientin hat seit Jahren ab und zu Schmerzen rechts. Seit einem Jahr Kolitis, zeitweise Auftreibung des Leibes, Kreuzschmerzen, vasomotorische Störungen, Nachtschweiße. Vermutlich hat früher ein appendicitischer Anfall bestanden. Patientin kommt wegen „Blinddarmentzündung" und zur Tubensterilisation in die Klinik.

Status: Puls regelmäßig, kräftig, 76. Sonstiger Befund o. B.
Klinische Diagnose: Appendicitis recidiv.
Operation: Uterus links verwachsen. Appendix sehr lang, Appendectomie. Bei beiden Tuben abdominelles Ende frei.
Pathologischer Befund: Am Appendix lassen sich keine sicheren Zeichen einer überstandenen Appendicitis nachweisen. Die Tuben sind normal.
Patientin wird am 5. II. in sehr gutem Befinden geheilt entlassen.
Epikrise: Nervositas.

Fall 7. 16. II. 1911. Frl. St., 19 Jahre alt. Nie krank. Erste Periode mit 13 Jahren, letzte vor 14 Tagen, unregelmäßig, schmerzhaft, viel Blut, 6 bis 7 Tage. Vor 1½ Jahren erster „Anfall", 2 Tage Fieber, 10 Tage bettlägerig. Schmerzen in der rechten Seite, keine Blasen- und Darmbeschwerden. Zweiter „Anfall" vor ½ Jahr, weniger heftig, 3 Tage bettlägerig, sonst gleich verlaufend. In den letzten Wochen, oft jeden Tag, rechts dumpfe Schmerzen.

Status: Gesundes Aussehen, Puls regelmäßig, kräftig, 80, Leib flach.
Klinische Diagnose: Appendicitis recidiv.
Operation: Appendicitis mäßig lang, am proximalen Teil Einschnürung. Uterus klein, spitzwinkelig anteflektiert, Adnexe o. B.
Pathologischer Befund: Sichere Zeichen für abgelaufene Appendicitis nicht zu erbringen.
Patient am 4. III. geheilt entlassen.
Epikrise: Nervositas.

Fall 8. 4. X. 1911. Fr. D., 39 Jahre alt. Vater im Irrenhaus gestorben. Patientin war als Kind nie krank. Erste Periode mit 13 Jahren, letzte am 20. IX.; regelmäßig, anfangs 8 Tage, später 2 bis 3 Tage Dauer, mäßiger Blutverlust. Drei spontane Entbindungen, Wochenbett normal. 1896 bestand ein „appendicitischer Anfall", der 14 Tage dauerte. Jetzige Erkrankung begann mit heftigen Schmerzen im Unterleib. Der Arzt diagnostizierte Blinddarmentzündung; auf verordnete Bettruhe tritt nur geringe Besserung ein.

Status: Uterus anteflektiert, beweglich, fest, Adnexe und Parametrien frei. Rechte Seite druckempfindlich, manchmal Durchfall, Schmerzen im Unterleib und Kreuz.
Klinische Diagnose: Typisch chronische Appendicitis.
Operation: Appendix liegt in sehr festen Verwachsungen; Appendectomie.
Pathologischer Befund: Normale Appendix.
Patientin verläßt am 16. X. geheilt die Klinik.
Epikrise: Nervositas.

Fall 9. 16. X. 1911. Frl. H., 19 Jahre alt. Patientin hatte früher Masern, Keuchhusten, Chlorose, hat eine Rückgratverkrümmung. Erste Periode mit 14½ Jahren, letzte vor 14 Tagen, 8 Tage dauerte dieselbe, mäßige Blutung, 4 bis 8 Wochen, mit Kreuzschmerzen und Krämpfen im Leib. Vor 2 Jahren erste „Blinddarmreizung", 6 Tage bettlägerig, starke Schmerzen rechts, kein Fieber, in den nächsten 6 Wochen ein zweiter gleicher Anfall von derselben Dauer. In der letzten Zeit ein beständiger leichter Blinddarmschmerz.

Status: Blasser Gesichtsausdruck, Puls regelmäßig, 80, viel Harndrang, weißer Ausfluß, Übelkeit, Schmerzen im Unterleib und Kreuz. Viel Nervenkopfweh, Wallungen, Aufstoßen, Auftreibung des Unterleibes, Schwindel.
Klinische Diagnose: Appendicitis recidiv.
Operation: Appendix ziemlich lang, unten abgeschnürt; Appendectomie.
Pathologischer Befund: Normale Appendix.
Patientin verläßt am 30. X. in sehr gutem Befinden die Klinik.
Epikrise: Starke Nervosität.

Fall 10. 23. II. 1910. Fr. B., 26 Jahre alt. Früher Masern, Bleichsucht. Erste Periode mit 14 Jahren, letzte am 21. II. 10. Seit ca. einem Jahre Stechen im Unterleib besonders links mit Exacerbation abends. Umschläge hatten etwas Erfolg. Gelber Ausfluß, schlechter Appetit, oft Kopfschmerzen, reichlich Schweiße.

Status: Puls o. B., Leukozyten 21750, Leib flach, Uterus anteflektiert, beweglich, fest, Tuben in Adhäsionen gebettet, Ovarien beiderseits verwachsen im Douglas.
Klinische Diagnose: Pelviperitonitis chronica ex appendicitide.
Operation: Adnexe vollkommen frei, rechte rundliche Tube offen.
Pathologischer Befund: Mikroskopisch keine sicheren Zeichen einer abgelaufenen Entzündung nachzuweisen.
Patientin am 25. III. geheilt entlassen.
Epikrise: Nervositas.

Fall 11. 9. III. 1910. Frl. Z., 25 Jahre alt. Angeblich immer gesund. Erste Periode mit 17 Jahren, letzte vorige Woche, seit 2 Jahren unregelmäßig, 14 Tage bis 5 Wochen, 8 Tage Dauer, viel Blut, Schmerzen. Seit 2 Jahren hat Patientin rechts unten dauernd Schmerzen, leidet an Verstopfung, Übelkeit, Erbrechen. Gelber dicker Ausfluß, Schwäche, Wallungen, Herzklopfen. Patientin hatte nie einen appendicitischen Anfall.

Status: Gesichtsfarbe blaß, Puls voll, regelmäßig, Leukozyten 6000. Retroponierter, descendierter Uterus, leichter Descensus der vorderen Scheidewand. Adnexe und Parametrien o. B.

Klinische Diagnose: Appendicitis chronica.

Differenzialdiagnose: Hysteria gravissima.

Operation: An der Basis des Wurmfortsatzes feine Verwachsungen, Appendectomie. Uterus retrofl., Raffung der Bänder nach Menge.

Pathologischer Befund: Keine Zeichen einer bestehenden oder überstandenen Appendicitis.

Klinischer Verlauf: Heilung p. p. Vom 24. III. ab bricht Patientin regelmäßig $^1/_2$ Stunde nach der Mahlzeit, keine Schmerzen. Nervina bringen keine Besserung. Nervenarzt stellt obige Diagnose.

Patientin am 16. IV. geheilt entlassen.

Epikrise: Nervositas.

Fall 12. 17. III. 1910. Frl. R., 21 Jahre alt. Patientin hatte mit 12 und 16 Jahren „Appendicitis", Bleichsucht. Erste Periode mit 17 Jahren, letzte am 2. III., nie regelmäßig. Jetzt seit einigen Wochen Beschwerden, in letzter Zeit häufiger, immer rechts, Schmerzen; warme Aufschläge taten gute Dienste.

Status: Blaße Gesichtsfarbe, Puls langsam, o. B., Leukozyten 12500, Leib leicht vorgewölbt, starke Druckempfindlichkeit des Mac Burney'schen Punktes. Uterus retroflektiert, beweglich, Adnexe frei.

Klinische Diagnose: Appendicitis chronica.

Operation: Appendix sehr dünn und lang, sonst o. B. Appendectomie.

Pathologischer Befund: Keine sicheren Zeichen einer überstandenen Entzündung.

Patientin am 30. III. geheilt entlassen.

Epikrise: Nervositas.

Fall 13. 14. V. 1910. Frl. O., 19 Jahre alt. Patientin hatte Rachitis, ist hysterisch veranlagt. Erste Periode mit 12 Jahren, letzte 4. V. 1910 bis zum 16. Lebensjahre alle 14 Tage, später unregelmäßig, 3 Wochen bis $^1/_2$ Jahr, starke Blutungen und Schmerzen, 8 Tage Dauer. Seit einem Jahre ziehende Schmerzen

in der Ileocöcalgegend, viel Erbrechen; die Schmerzanfälle wiederholten sich oft. Patientin war im April 1909 in der medizinischen Klinik wegen Brust- und Magenbeschwerden, angeblich keine Besserung danach. Seit dem 11. Jahre hysterische Anfälle, die sich auch in der Klinik wiederholten.

Status: blaßes, nervöses Mädchen, Skoliose, Leib leicht gewölbt, Mac Burney druckempfindlich, Uterus und linke Adnexe o. B., rechte Tube adhärent an der Beckenwand, ebenso das rechte vergrößerte Ovar, Douglas frei; Leukozyten 6000, Puls o. B.
Klinische Diagnose: Appendicitis recidiv. Pelviperitonitis chronica adhäsiv. ex appendicitide.
Operation: Uterus und Adnexe o. B. Appendix in feine Verwachsungen gehüllt. Appendectomie.
Pathologischer Befund: Keine sicheren Zeichen einer abgelaufenen Entzündung.
Patientin wird am 14. VI. geheilt entlassen.
Epikrise: Nervositas.

Fall 14. 5. VIII. 1910. Frl. H., 24 Jahre alt. Patientin hatte mit 18 Jahren Peritonitis, vor einem Jahre Kolik. Erste Periode mit 12 Jahren, letzte vor 14 Tagen, bis zum ersten Partus an Frequenz und Intensität unregelmäßig, später regelmäßig, alle 4 Wochen, 6 bis 7 Tage mit Krämpfen und viel Blut. Zwei normale Entbindungen. Die jetzige Erkrankung begann am 29. VII. mit Schmerzen im rechten Unterleib, die vom Kreuz ausgehen. Vom 4. bis 5. VIII. wurden sie intensiver, Erbrechen und Spannung der Bauchdecken fehlen; rechter Unterleib druckempfindlich, leichte Obstipation.

Status: Uterus anteflektiert, Adnexe frei, beide Ovarien druckempfindlich, ebenso Mac Burney und der entsprechende Punkt links; Leukozyten 14000.
Klinische Diagnose: Appendicitis chronica.
Differenzialdiagnose: Hysterie.
Operation: Appendix kurz, dünn, enthält Kotsteine, Appendectomie.
Pathologischer Befund: Nirgends akute entzündliche Veränderungen.
Patientin wird am 23. VIII. geheilt entlassen.
Epikrise: Nervositas.

Fall 15. 19. XII. 1910. Fr. R., 25 Jahre alt. Patientin war nie krank. Erste Periode mit 15 Jahren, letzte vor 4 Wochen, regelmäßig, schmerzhaft, viel Blut; eine spontane Entbindung. Vor ca. 8 Wochen bekam sie starke Schmerzen im Unterleib, Fieber hat angeblich nie bestanden.

Status: Leukozyten 7800, Puls regelmäßig; Leib nicht aufgetrieben, beim Touchieren starke Schmerzen, Mac Burney stark druckempfindlich. Adnexe nicht tastbar.
Klinische Diagnose: Appendicitis subacuta, Pelviperitonitis.
Operation: Appendix ziemlich lang, seitlich umgeschlagen, Tuben schlank, Appendectomie.
Pathologischer Befund: Keine Zeichen einer abgelaufenen Entzündung.
Patientin am 2. I. 1911 geheilt entlassen.
Epikrise: Nervositas.

Fall 16. 20. XII. 1909. Fr. M., 35 Jahre alt. Patientin hatte früher Bleichsucht, Magengeschwüre. Erste Periode mit 15 Jahren, letzte 2. XII. 1909, unregelmäßig, 4 Tage, wenig Blut und wenig Schmerzen. Zwei Fehlgeburten, sehr starker Blutverlust, leichtes Fieber. Sie hatte angeblich vor Jahren eine Verwachsung des Uterus mit dem Mastdarm; wurde gelöst. Patientin klagt über große Nervosität, die sie auf eine neue Verlagerung bezieht. Außer zeitweiser Stuhlverstopfung Erbrechen besonders morgens, Schwindel, Schmerzen im Kreuz und Unterleib. Eine Behandlung fand nicht statt.

Status: 76 % Hglb., 12 500 Leukozyten, Puls regelmäßig, Leib vorgewölbt. Uterus retroflektiert, unbeweglich, hart. Adnexe und Parametrium o. B.
Klinische Diagnose: Retroflexio uteri fixata, Appendicitis chronica.
Operation: Raffung des Lig. rotund., Verwachsung des Coecums mit der Beckenwand wird gelöst. Appendectomie.
Pathologischer Befund: Keine entzündl. Veränderung.
Patientin am 6. I. 1910 geheilt entlassen.
Epikrise: Nervositas.

Fall 17. 29. XII. 1909. Frl. R., 35 Jahre alt. Früher hatte Patientin Geschwüre, die von Drüsen am Hals und Brust ausgingen. Erste Periode mit 18 Jahren, letzte am 24. XII., regelmäßig, sehr wenig Blut, krampfartige Schmerzen. Seit 2 Jahren ziehende Schmerzen im rechten Unterleib, besonders heftig beim Gehen, sonst keine Beschwerden. Salzbäder, doch ohne Erfolg.

Status: Bleiches Aussehen, Puls regelmäßig, Leib wenig vorgewölbt. Genitalia o. B., ständige Druckempfindlichkeit der Ileocöcalgegend.
Klinische Diagnose: Appendicitis chronica; Nervositas.
Differenzialdiagnose: Pelviperitonitis chronica, adhaesiva ex appendicitide.
Operation: Appendectomie.

Pathologischer Befund: Keine Zeichen einer Entzündung.
Patient wird am 2. II. 1910 geheilt entlassen.
Epikrise: Nervositas.

Fall 18. 19. VIII. 1908. Frl. H., 23 Jahre alt. Patientin war nie ernst krank. Erste Periode mit 14 Jahren, letzte am 25. VII., regelmäßig, 6 bis 7 Tage, ziemlich stark. Beginn der jetzigen Erkrankung mit 20 Jahren, immer teilweise Schmerzen im Leib, hauptsächlich rechts; immer ziemlich heftig auftretend, ohne Fieber und Erbrechen, mit Schwindel und Kopfweh. Ein akuter appendicitischer Anfall bestand nie. Weißer Ausfluß, furchtbare Kreuzschmerzen, Wallungen, Herzklopfen.

Status: Gesund und blühend aussehendes Mädchen. Uterus retrofl., beweglich, Tuben schlank, rechtes Ovarium ganz deutlich in zarten Adhäsionen, linkes frei.
Klinische Diagnose: Alte Appendicitis, Retrofl., uteri mobilis, Hysteroneurasthenie, Pelviperitonitis, adhäs.
Operation: Appendectomie Verkürzung des Lig. rotund.
Pathologischer Befund: Zeichen einer abgelaufenen Entzündung lassen sich nicht erbringen.
Patientin am 31. VIII. geheilt entlassen.
Epikrise: Nervositas.

Fall 19. 4. XI. 08. Fr. L., 20 Jahre alt. Vor $^3/_4$ Jahren hatte Patientin eine Angina mit Gelenkschmerzen, dasselbe vor 3 Wochen. Seit vorigem Jahre Leibschmerzen, die allmählich stechenden Charakter bekamen, nie Fieber. Vor 2 Monaten verstärkten sich die Beschwerden, Erbrechen, Obstipation, Schmerzen im Unterleib und Kreuz. Erste Periode mit 14 Jahren, letzte 17. IX. 1908, regelmäßig.

Status: Blasses Aussehen, 8000 Leukozyten, sonstiger Befund o. B.
Klinische Diagnose: Appendicitis chronica.
Differenzialdiagnose: Nervositas.
Operation: Appendectomie.
Pathologisches Befinden: Zeichen einer früheren Entzündung fehlen.
Patientin am 21. XI. geheilt entlassen.
Epikrise: Nervosität.

Fall 20. 14. I. 1907. Fr. K., 35 Jahre alt. Patientin hatte beim vierten Kind in der Schwangerschaft häufig Durchfälle. Im Wochenbett Schmerzen im Magen und der rechten Niere, erholte sich dann völlig bis auf geringe zeitweise auftretende Schmerzen in der rechten Seite. Vor 4 bis 5 Jahren Magenweh, Schmerzen im ganzen Körper, Übelsein, Durchfälle, rasche Abmagerung. Seit dieser Zeit fast ständig Schmerzen in der rechten Seite, bald mehr, bald weniger, vorübergehend so heftig, daß Patientin liegen mußte. Die Steigerung

der Schmerzen geht fast regelmäßig mit Durchfall einher. Zugleich zunehmende innere Erregtheit ohne Hervortreten spezieller nervöser Symptome. Seit 4 Tagen andauernde Verstopfung und Magenweh.

Status: Blasse Gesichtsfarbe, Puls o. B., mäßiger Hängeleib. Bauchdecken schlaff, Mac Burney besonders druckempfindlich, keine abnorme Resistenz, normaler Genitalbefund.
Klinische Diagnose: Appendicitis chronica.
Differenzialdiagnose: Hysteroneurasthenie.
Operation: Appendectomie.
Pathologischer Befund: Normale Appendix.
Patientin wird am 27. I. 1907 geheilt entlassen.
Epikrise: Auch hier das Bild einer ausgesprochenen Nervositas.

Fall 21. 21. XI. 1911. Fr. O., 29 Jahre alt. Eine Schwester machte eine Appendectomie mit und eine andere starb an Appendicitis. Als Kind hatte Patientin Masern; erste Periode mit 14 Jahren, letzte 30. VI. 1911, regelmäßig, keine Schmerzen, mäßige Blutung. Zwei Entbindungen: 1. Steißlage, 2. o. B., beidemal Dammriß. Im 2. Wochenbett Brustentzündung, 1/4 Jahr lang Dickdarmkatarrh. Letzten Sommer hatte sie weißen Ausfluß, Schmerzen im Unterleib und Kreuz, schläft schlecht. Vor 3 Wochen traten die ersten „Blinddarmschmerzen" auf und wiederholten sich nach 8 Tagen. Patientin wurde mit Bettruhe und Spiritusaufschlägen behandelt. Patientin war immer nervös. Wegen der Schmerzen kommt sie in die Klinik.

Status: Puls 80, kräftig, regelmäßig; Leib flach, Mac Burney druckempfindlich.
Klinische Diagnose: Graviditas mensium VI. Appendicitis recidiv.
Operation: Appendectomie.
Pathologischer Befund: An der Appendix keine pathologischen Veränderungen zu finden.
Patientin wird am 6. 12. geheilt entlassen. Befinden sehr gut, Wunde fest geheilt, Graviditas o. B.
Epikrise: Es handelt sich um fortwirkende Darmstörungen neben allgemeiner Nervositas.

Fall 22. 29. II. 1912. Fr. M., 28 Jahre alt. Eine Schwester appendectomiert. Als Kind hatte Patientin Masern, Diphtherie, Keuchhusten, später Rippenfellreizung. Erste Periode mit 13 Jahren, letzte 8. II., regelmäßig. Vor 10 Jahren hatte Patientin eine „Blinddarmreizung". Im Dezember vorigen Jahres bekam sie plötzlich Schmerzen in der Blinddarmgegend mit Schüttelfrost und Fieber bis 40 Grad. Patientin leidet an Verstopfung, manchmal Übelkeit, Kopfschmerzen, fühlt sich in letzter Zeit müde und elend, Schwindel.

Klinische Diagnose: Appendicitis chronica.
Operation: Appendix sehr lang, frei, Appendectomie.
Pathologischer Befund: Appendix ohne Besonderheiten.
Patientin am 12. III. geheilt entlassen.
Epikrise: Darmkatarrh.

Fall 23. 10. IV. 1912. Fr. J., 31 Jahre alt. Als Kind Masern, Scharlach, Diphtherie. Später (1907) einmal Gelenkrheumatismus, Chlorose, Psoriasis. Erste Periode mit 14 Jahren, letzte 2. II., bis zu 16 Jahren regelmäßig, dann ein Jahr unregelmäßig, dann wieder regelmäßig, 4 bis 5 Tage, mäßiger Blutverlust, starke Schmerzen vor Beginn der Menses. Zwei Entbindungen spontan, eine Fehlgeburt. Wochenbett o. B. Im Jahre 1905 ein „Appendicitischer Anfall", wo sie 14 Tage lang in der medizinischen Klinik lag. Seit Anfang Februar wieder Schmerzen rechts und links ununterbrochen, oft anfallsweise gesteigert, kein Erbrechen, kein Fieber; Zwei Tage Bettruhe öfter erforderlich. Seit gestern besteht ein „Anfall".

Status: Puls etwas frequent. Uterus anteflektiert, etwas aufgelockert, ca. faustgroß, Fundus 2 Querfinger über der Symphyse. Adnexe nicht mit Sicherheit zu tasten, Mac Burney stark druckempfindlich. Obstipation (seit 4 Wochen) schmerzhafte Entleerung der Faeces, weißer, mäßig starker Fluor, Schmerzen beiderseits.
Klinische Diagnose: Appendicitis.
Operation: Appendix schlank, nach hinten umgeschlagen, Appendectomie.
Pathologischer Befund: Mikroskopisch finden sich keine deutlichen Zeichen einer Entzündung.
Patientin am 24. IV. geheilt entlassen.
Eprikrise: Darmkatarrh.

Fall 24. 9. VIII. 1910. Frl. D., 16 Jahre alt. Patientin war nie krank, menstruiert noch nicht. Vor einigen Stunden trat beim Erwachen plötzlich ein heftiger Schmerz im rechten Unterleib auf, dazu Erbrechen. Der Anfall dauerte einige Stunden und ging dann langsam zurück.

Status: Gesunde Gesichtsfarbe, Puls 80, regelmäßig, kräftig, 7800 Lenkozyten, Leib flach, Mac Burney druckempfindlich, leichte défense musculaire, kein Tumor.
Klinische Diagnose: Appendicitis subacuta.
Operation: Appendix leicht injciert, Appendectomie.
Pathologischer Befund: Gar keine Zeichen einer akuten Appendicitis zu finden.
Patientin wird am 21. VII. geheilt entlassen.
Eprikise: Darmkatarrh.

Fall 25. 8. X. 1910. Frl. W., 14 Jahre alt. Immer gesund, menstruiert noch nicht. Leidet an starker Obstipation, Kopfschmerzen. Seit 2 Wochen hat sie Schmerzen in der Appendixgegend und im Kreuz, die sich in der letzten Zeit jedoch gebessert haben.

Status: Rechte Unterleibsgegend druckempfindlich. Ein Tumor ist nicht zu tasten. Leukozyten 4700.

Klinische Diagnose: Appendicitis chronica.

Operation: Appendectomie.

Pathologischer Befund: Keine sicheren Zeichen einer Entzündung.

Patientin wird am 21. X. geheilt entlassen.

Epikrise: Wahrscheinlich gewöhnlicher Darmkatarrh.

Fall 26. 7. I. 1908. Fr. D., 32 Jahre alt. Als Kind hatte Patientin Scharlach und Lungenentzündung, vor 5 Jahren Icterus, vor einem Jahr einen 6 Wochen dauernden Blasenkatarrh. Erste Periode mit 17 Jahren, letzte 1. bis 6. Januar, mit 19 Jahren setzte sie $^{8}/_{4}$ Jahr aus, sonst war sie regelmäßig, 3 bis 6 Tage, Schmerzen, mäßiger Blutverlust. Zwei Entbindungen, eine Zange, sonst normaler Verlauf. Im August 1907 trat der „erste appendicitische Anfall" auf und dauerte 14 Tage, kein Fieber, Schmerzen in der Ileocöcalgegend, öfteres Erbrechen, wurde mit Opium und Eis behandelt, worauf die Schmerzen verschwanden. Als sie an Weihnachten 1907 wieder auftraten, riet Arzt zur Operation.

Status: Blasses Aussehen, Puls regelmäßig, 72. Uterus o. B., linke Adnexe wegen des verkürzten Scheidengewölbes nicht herauszutasten, jedoch keine gröberen Veränderungen, rechte Adnexe o. B.

Klinische Diagnose: Appendicitis chronica.

Operation: Appendectomie.

Pathologischer Befund: Ein sicherer Beweis für eine abgelaufene Entzündung ist nicht zu erbringen.

Patientin am 17. I. geheilt entlassen.

Epikrise: Vielleicht waren die Schmerzen einem Darmkatarrh zuzuschreiben.

Fall 27. 15. I. 1908. Fr. S., 36 Jahre alt. Früher immer gesund. Erste Periode mit 15 Jahren, letzte 26. XII. 1907, regelmäßig, alle 5 Wochen, 4 Tage, Schmerzen im Leib, viel Blut; 3 Entbindungen. Vor 4 Wochen trat der „erste appendicitische Anfall" auf, kein Fieber, plötzliches Auftreten von Schmerzen in der Ileocöcalgegend, Erbrechen, zuerst Durchfall, dann Verstopfung, 3 Wochen lange Behandlung mit Eisblase. Schmerzen bestehen bis heute.

Status: Leukozyten 15500, Leib leicht aufgetrieben, nirgends eine Resistenz oder empfindliche Stelle. Uterus retroflektiert, Tuben frei, Ovarien beiderseits in Adhäsionen. Untersuchung sehr schmerzhaft.

Klinische Diagnose: Appendicitis subacuta.
Operation: Appendectomie. Uterus und Adnexe o. B.
Pathologischer Befund: Gar keine Zeichen einer abgelaufenen Entzündung.
Patientin am 31. I. geheilt entlassen.
Epikrise: Darmkatarrh.

Fall 28. 6. IX. 1909. Frl. G., 20 Jahre alt. Patientin will immer gesund gewesen sein. Erste Periode mit 15 Jahren, letzte 17. VIII., unregelmäßig, 14 bis 28 Tage, 6 bis 8 Tage, viel Blut. Vor 6 Wochen fiel der Patientin zuerst Müdigkeit und Kurzatmigkeit auf, deretwegen sie vor 3 Wochen zum Arzt ging, welcher, jedoch ohne Erfolg, Schonung verordnete. Nach weiteren 8 Tagen trat plötzlich Durchfall ein, weswegen Patientin von der Poliklinik behandelt wurde. Bald darauf traten Schmerzen im rechten Unterleib auf mit Drängen nach unten und Stechen im Kreuz.

Status: Gesundes Aussehen, Hglb.-Gehalt 93%, Leukozyten 13800, Puls regelmäßig, 78, Leib flach, Uterus, Adnexe, Parametrien o. B.
Klinische Diagnose: Appendicitis akuta.
Operation: Appendectomie.
Pathologischer Befund: Keine sicheren Beweise einer abgelaufenen Entzündung.
Patientin am 11. IX. geheilt entlassen.
Epikrise: In diesem Fall wird man Darmkatarrh annehmen dürfen, jedoch ist Nervositas nicht ganz auszuschließen.

Fall 29. 21. XI. 1909. Fr. W., 24 Jahre alt. Patientin war nie krank. Erste Periode mit 15 Jahren, letzte im Mai 1909, normal, 2 Entbindungen, letzte im November 1909, o. B., Patientin bekam am neunten Tage des Wochenbettes plötzlich heftige Schmerzen im rechten Unterleib mit Fieber und Verstopfung. Verdacht auf „Appendicitis". Da keine stärkere Pyelitis nachzuweisen ist, am elften Wochenbettstag Appendectomie.

Status: Normaler Genitalbefund einer Wöchnerin.
Klinische Diagnose: Appendicitis akuta.
Operation: Keine Adhäsionen, Appendectomie.
Pathalogischer Befund: Eine abgelaufene Entzündung ist nicht nachzuweisen.
Patientin am 8. XII. geheilt entlassen.
Epikrise: Darmkatarrh.

Fall 30. 24. IX. 1908. Fr. W., 28 Jahre alt. Erste Periode mit 17 Jahren, letzte 12. IX. 1908, regelmäßig, alle 4 Wochen, 4 bis 5 Tage, starke Blutung, eine Entbindung, normaler Verlauf. Vor 10 Tagen Schmerzen im ganzen Leib, kein Erbrechen, Fieber, Übelkeit; später zogen sich die Schmerzen mehr in die rechte Seite unterhalb des Nabels, Verstopfung; Anfall hielt bis zur Aufnahme an.

Status: Blasse Gesichtsfarbe, Leukozyten 8700, Puls 80, regelmäßig, Leib wenig gewölbt, weich, Ileocöcalgegend druckempfindlich, unbestimmte Resistenz fühlbar, keine Dämpfung, Uterus, Adnexe und Parametrien o. B.
Klinische Diagnose: Appendicitis subakuta.
Operation: Appendectomie.
Pathologischer Befund: Keine nachweisbaren Veränderungen.
Patientin am 3. XI. geheilt entlassen.
Epikrise: Darmkatarrh.

Fall 31. 22. VIII. 1911. Frl. M., 19 Jahre alt. Patientin war nie krank bis vorigen Jahres, wo sie 4 Wochen wegen „Blinddarmentzündung" das Bett hüten mußte. Erste Periode mit 14 Jahren, letzte vor 8 Tagen, regelmäßig, nicht stark, 5 Tage, dabei Schwindel, Übelkeit, Kopfschmerzen, Nasenbluten vor den Menses. Jetzige Erkrankung begann vor 5 bis 6 Tagen mit starken Schmerzen in der rechten Seite.

Status: Puls 100. Mac Burney druckempfindlich, Leib nicht aufgetrieben, Uterus hühnereigroß, anteflektiert, beweglich, hart, Adnexe und Parametrien frei.
Klinische Diagnose: Appendicitis subakuta.
Operation: Appendicitis an der Basis verwachsen, Appendectomie.
Pathologischer Befund: Appendicitis zeigt keine deutlichen Zeichen einer überstandenen Entzündung.
Patientin am 2. IX. geheilt entlassen.
Epikrise: Leichte Adnexerkrankung.

Fall 32. 21. XI. 1911. Frl. M., 19 Jahre alt. Als Kind Scharlach. Mit 13 Jahren erste Periode, letzte am 8. XI., regelmäßig bis zum 17. Lebensjahr, dann etwas unregelmäßig, Leibschmerzen, mäßige Blutung. Zeitweilig gelber Ausfluß, Schmerzen im Unterleib und Kreuz. Ab und zu Auftreibung des Leibes. Seit ca. 1/4 Jahr hat sie „Blinddarmschmerzen" mit 14tägiger Pause, die stets einen Tag dauern. Wegen eines Douglasabscesses wurde sie vor einem Jahr in hiesiger Klinik behandelt, Incision, Drainage per vaginam.

Status: Puls regelmäßig, kräftig, Leib flach, Reflexe vorhanden, Palpation o. B.
Klinische Diagnose: Appendicitis, alter Douglasabsceß.
Operation: Appendix besitzt durch Verwachsungen zwei Einschnürungen. Appendectomie.
Pathologischer Befund: Es finden sich keine Veränderungen, die auf eine frühere Appendicitis hinweisen.
Patientin wurde am 2. XII. geheilt entlassen.
Epikrise: Adnexerkrankung mit nachfolgendem Douglasabsceß.

Fall 33. 18. III. 1912. Fr. Sch., 30 Jahre alt. Patientin war nie krank. Erste Periode mit 16 Jahren, letzte 4. III., unregelmäßig, 8 Tage, wenig Blut, Schmerzen beim Beginn rechts, verstärkter Ausfluß. Zwei Entbindungen, im zweiten Wochenbett Fieber. Seit der letzten Geburt vor 3 Jahren hat Patientin auf beiden Seiten, besonders rechts, Schmerzen, die sich während der Menses verstärken. Patientin nahm Sitzbäder und machte warme Umschläge. Der Stuhl war seither obstipiert, sie hatte manchmal Brennen beim Wasserlassen, ständig Ausfluß, Aufstoßen, Status neurasthenicus.

Status: Puls 90. Bauchdecken sehr schlaff, so daß man die ganzen Intestina durchtasten kann, Uterus descendierend, retroflektiert, beweglich, Parametrium und Adnexe frei.

Klinische Diagnose: Appendicitis chronica; Retrofl. uteri mobilis.

Operation: Rechte Adnexe frei, Tuben schlank, Ovarien mandelgroß, das rechte enthält zwei frische corpora lutea. Appendixspitze frei, an der Basis nach dem Cöcum zu ausgedehnte Verwachsungen, aus denen die Appendix herauspräpariert werden muß. Appendectomie, Salpingectomia dextra.

Anatomische Diagnose: Postpuerperale Endosalpingitis.

Pathologischer Befund: In der Appendix keine Zeichen einer abgelaufenen Entzündung.

Patientin wird am 9. IV. gebessert entlassen; sie klagt noch über Schmerzen in der linken Seite, die angeblich dauernd bestehen.

Epikrise: Wir haben es wahrscheinlich mit einer postpuerperalen Endosalpingitis zu tun.

Fall 34. 13. II. 1912. Frl. S., 22 Jahre alt. Patientin hatte dreimal Pneumonie, als Kind war sie schon oft krank. Erste Periode mit 12 Jahren, letzte Anfang Februar, unregelmäßig, 4 bis 5 Tage, sehr schmerzhaft, wechselnd stark. Seit ihrem 18. Lebensjahr ist Patientin fast beständig in Krankenhäusern oder Lungenheilstätten gewesen. Seit Oktober 1911 hat sie auch Schmerzen im rechten Unterleib. Von der medizinischen Klinik wird sie der Frauenklinik überwiesen.

Status: Schwächliches Mädchen mit hectisch geröteten Wangen. Uterus kaum hühnereigroß, wenig beweglich, nach rechts fixiert, anteflektiert, derb; linke Adnexe frei, Ovarium gut beweglich, rechte Adnexe nicht deutlich isoliert abtastbar. Man fühlt einen der hinteren Beckenwand anliegenden, nicht genau abzugrenzenden, stark druckempfindlichen Tumor. Mac Burney stark druckempfindlich.

Klinische Diagnose: Tbc. pulmonum. Tbc. Verwachsungen der rechten Adnexe und der Appendix.

Operation: Am 27. II. Probeabrasio; am 16. III. Salpingectomia dextr. und Appendectomie. Extirpation einer rechtsseitigen Parovarialcyste. Adnexe links frei von Verwachsungen. Zwischen der rechten Tube und Ovarium eine Parovarialcyste, taubeneigroß; mit ihr ist die Tube am hinteren Ende fest und breit verwachsen. Appendix nicht verwachsen, nur nach oben geschlagen.

Pathologischer Befund: In den übersandten Schleimhautstücken konnte keine Tbc gefunden werden. Kotatrophie des Wurmfortsatzes. Cyste bietet nichts Besonderes. Tube o. B.

Entlassungsbefund am 29. IV.: Nur noch leichte Schmerzen in der rechten Unterleibseite. Narbe reaktionslos, nicht schmerzhaft, Verwachsungen sind noch nach oben hin nicht abgrenzbar, noch ziemlich druckempfindlich zu fühlen.

Epikrise: Parovarialcyste.

Fall 35. 2. XI. 1908. Fr. U., 30 Jahre alt. Patientin will als Kind nie krank gewesen sein. Erste Periode mit 14 Jahren, letzte am 6. X. 1908, unregelmäßig, 4 bis 12 Wochen. Vor 5 Jahren hatte sie einen chronischen Gebärmutterkatarrh; vor 3 Jahren bestand ein akuter „appendicitischer Anfall" mit Fieber, krampfartigen Schmerzen im Leib, Obstipation, kein Erbrechen, Dauer 8 Tage. Seit 1½ Jahren starker Ausfluß, dessentwegen ärztliche Behandlung; Lageveränderung des Uterus. Wegen eines Eitergeschwüres neben dem Uterus und des bestehenden Ausflusses sucht Patientin die Klinik auf.

Klinische Diagnose: Appendicitis chronica.

Operation: Uterus anteflektiert, linkes Ovarium verwachsen, linke Tube schlank; rechts vom Uterus ein Tumor, in Verwachsungen gebettet; aus dem geplatzten cystischen Tumor entleert sich eine zähe gelbe Flüssigkeit, rechte Tube schlank. Cystomectomie, Appendectomie.

Pathologischer Befund: Tuben und Appendix zeigen keine entzündlichen Veränderungen.

Anatomische Diagnose: Cystoma ovarii.

Patientin am 23. XI. geheilt entlassen.

Epikrise: Es liegt hier eine Verwechslung zwischen Cystom und appendicitischem Exsudat vor.

Fall 36. 11. XI. 1907. Fr. St., 35 Jahre alt. Nie ernstlich krank. Erste Periode mit 14 Jahren, letzte vor 14 Tagen, regelmäßig, 5 Tage Dauer, wehenartige Schmerzen bei derselben. Im Herbst vorigen Jahres bekam Patientin heftige Schmerzen im Unterleib, vor allem während der menses. Massagebehandlung. Die Be-

schwerden wurden dann besser, nur noch Gefühl der Völle im Leib. Der Arzt legte ab und zu einen Ring ein, um die Gebärmutter aufzurichten. Da dies vorige Woche nicht mehr ging, so kam Patientin in die Klinik.

Status: Leib flach, Uterus scharf retroflektiert, vergrößert, läßt sich nicht aufrichten; auf der Hinterseite ein kleines Myom (?); rechtes Ovar eben zu palpieren, rechte Tube schlank, links vom Uterus eine undeutliche Resistenz, die nicht näher zu differenzieren ist.

Klinische Diagnose: Sterilitas matrimonii. Tumor tubo-ovarialis sin.

Operation: Salpingo-oophorectomia sin. Appendectomie.

Pathologischer Befund: Abgelaufene ulcerös-phlegmonöse. Appendicitis.

Epikrise: Wahrscheinlich sind die jetzigen Beschwerden erst durch die abgelaufene Appendicitis zum Ausbruch gekommen.

Fall 37. 6. VI. 1905. Fr. B., 22 Jahre alt. Früher nie krank; Neigung zur Verstopfung. Vor 6 Wochen die letzte Periode, mit Beginn der Blutung schwache Schmerzen, Harnverhaltung und Icterus. Am 4. Tag hatte sie Fieber und hütete das Bett; nach dem Aufstehen rasche Erholung. Häufig Schmerzen im Unterleib, Ileocöcalgegend im Beckeneingang frei. Diffuse Schmerzhaftigkeit des Abdomens. Uterus dextrovertiert, daumendicker Tumor rechts, der am Beckenboden fest adhärent ist. Linke Tube schlank. Ovarium frei; rechte Tube am uterinen Ende schlank, Ovar nicht isoliert zu tasten.

Klinische Diagnose: Appendicitis.

Zuerst konservat. Behandlung, dann am 7. VII. Operation: Appendectomie, Cystomia ovarii dextra mit Stieldrehung.

Pathologischer Befund: Appendix normal, eine von den rechten Adnexen ausgehende Geschwulst mit gedrehtem Stiel.

Patientin am 20. VII. geheilt entlassen.

Epikrise: Stielgedrehtes Ovarialcystom.

Fall 38. 15. IX. 1911. Frl. D., 23 Jahr alt. Masern, Lungenspitzenkatarrh. Erste Periode mit 19 Jahren, letzte vom 13. IX. bis heute, im Anfang regelmäßig, alle 4 Wochen, mäßige Blutung, starke Schmerzen, vom 20. Jahre ab unregelmäßig, von 14 Tagen bis 6 bis 8 Wochen, Dauer ca. zwei Tage. Vor zwei Jahren hatte Patientin einen „appendicitischen Anfall", der 3 Wochen dauerte; seitdem hat sie schußweise Schmerzen in der Blinddarmgegend, die teils spontan, teils bei körperlichen Anstrengungen und raschen Bewegungen auftreten. Ausfluß, Erbrechen, Fieber, Wallungen, Aufstoßen, Kopfschmerzen, schlechten Appetit.

Status: Uterus antefl., derb, Parametr. und Adnexe frei, Puls 80.
Klinische Diagnose: Appendicitis chronica.
Operation: Appendectomie.
Pathologischer Befund: Normale Appendix.
Patientin am 26. X. geheilt entlassen.
Wiederaufnahme am 27. XII. 1012.

Patientin klagt über rechtsseitige, mitunter auch linksseitige Unterleibsschmerzen, Fluor, Brennen beim Wasserlassen, Rötung der Bartholinischen Drüsen, Uterus anteflektiert, beweglich, Adnexe empfindlich, nicht sicher abtastbar; rechts sehr schmerzhafter Tumor von beweglicher Gestalt. Keine Blinddarmschmerzen mehr, dagegen Blasenschmerzen. Außerdem behauptet Patientin seit 4 Jahren an Gonorrhoe zu leiden.

Epikrise: Die Behauptung der Patientin bestätigt sich. Nebenher Nervositas.

Fall 39. 1. IX. 11. Fr. G., 26 Jahre alt. Früher Lungenentzündung, Erste Periode mit 16 Jahren, letzte vor 8 Tagen, regelmäßig, Kreuzschmerzen, mäßige Blutung; appendicitische Anfälle haben nicht bestanden. Seit 14 Tagen heftige Schmerzen rechts und im Kreuz, weißer Ausfluß, Brechreiz, Schwindel, Fieber, Schwäche, Übelkeit, gesunder Gesichtsausdruck.

Klinische Diagnose: Appendicitis chronica, Sterilitas.
Operation: Uterus anteflektiert, rechts daneben Tumor, der zur Tube gehört, rechte Tube am uterinen Ende schlank, am abdominalen Ende erweitert sie sich bis zur Hühnereigröße. Keine Adhäsionen zu beobachten. Tube völlig geschlossen; linke Tube ebenfalls frei, schlank, aber Pavillon ist geschlossen. Salpingitis dextra et sinistra. Appendix verschiedentlich verwachsen. Appendectomie.
Pathologischer Befund: Es handelt sich um eine abgelaufene gonorrhoische Salpingitis mit starker Verfettung der Muskelfasern und sehr ausgedehnten kleinzelligen Infiltraten in der Wand. Appendix o. B.
Patientin wird am 22. IX. geheilt entlassen.
Epikrise: Die Diagnose gonorrhoische Salpingitis besteht zu recht.

Fall 40. 14. III. 1910. Fr. St., 24 Jahre alt. Früher hatte sie Diphtherie, Scharlach, Masern, Windpocken, Keuchhusten, Rheumatismus. Erste Periode mit 11 Jahren, letzte 28. II. 1910, unregelmäßig, 3 bis 12 Wochen, 8 Tage lang mit starkem Blutverlust und Schmerzen. Zwei spontane Entbindungen, zwei Fehlgeburten. Kindbettfieber beim ersten Kind. Seit einem Jahr leidet Patientin an beständigen Schmerzen im Unterleib besonders nach körperlichen Anstrengungen, häufig Kopfschmerzen. Ein richtiger „appendicitischer Anfall“ bestand nie.

Status: Gesund aussehende Frau, Puls 72, Leib vorgewölbt, Uterus zapfenförmig, retroflektiert, nicht vergrößert, beweglich, hart. Adnexe beiderseits in Verwachsungen, doch kein deutlicher Tumor.
Klinische Diagnose: Pelviperitonitis chronica ex appendicitide.
Operation: Appendectomie, Tubensterilisation.
Pathologischer Befund: Histologische Diagnose: Gonorrhoe.
Patientin am 20. IV. geheilt entlassen.
Epikrise: An der Diagnose „abgelaufene Gonorrhoe" ist nicht zu zweifeln.

Fall 41. 17. IV. 1910. Frl. W., 24 Jahre alt. Als Kind Diphtherie, später Lungenentzündung und Nervenschmerzen. Erste Periode mit 20 Jahren, letzte vor 4 Wochen, regelmäßig, 8 Tage, viel Blut, krampfartige Schmerzen. Patientin klagt seit 10 Tagen über Schmerzen im Kreuz, die nach der rechten Unterleibseite hin ausstrahlen. Es besteht eitriger Ausfluß, Brennen beim Wasserlassen, seit 3 Wochen Brechreiz, Kopfschmerzen, Schwäche.

Status: Gesunde Gesichtsfarbe, Puls kräftig; Uterus o. B. Adnexe sehr schwer zu palpieren, rechte Tube scheint verdickt, keine Bauchdeckenspannung, Tumor nicht palpabel.
Klinische Diagnose: Appendicitis chron. Pyelitis dextra?
Operation: Appendectomie.
Pathologischer Befund: Keine sicheren Zeichen einer abgelaufenen Entzündung.
Patientin wird am 18. XI. geheilt entlassen.
Epikrise: Eine Gonorrhoe ist bestimmt anzunehmen, wofür auch schon der Beruf als Servierfräulein spricht.

Fall 42. 22. VI. 1910. Fr. K., 31 Jahre alt. Patientin hatte mit 14 Jahren Rippenfellentzündung. Erste Periode mit 14 Jahren, letzte am 14. Juni, regelmäßig, 4 Wochen, 3 Tage, mäßiger Blutverlust, 6 Entbindungen, 2 Fehlgeburten. Der Beginn der jetzigen Erkrankung fällt in den Januar dieses Jahres. Patientin bekam eine Eileiterentzündung. Heiße Wickel, Spülungen, Sitzbäder 4 Wochen lang; darnach angeblich Besserung. Seit der Zeit hat Patientin angeblich keine Beschwerden mehr gehabt, nur besteht seit damals Ausfluß, den Patientin bis heute besitzt. Am 14. ds. Mts. bekam Patientin, wie sie meinte, die Periode, doch hält diese seit damals ununterbrochen an, der Blutverlust ist sehr bedeutend. Patientin suchte daraufhin den Arzt auf, der sie in die Klinik schickte.

Status: Puls o. B., Leukozyten 6500, Uterus o. B. Tuben schlank, rechte Ovar beweglich, linke in Verwachsungen, vergrößert, Parametrien frei.

Klinische Diagnose: Pelviperitonitis chronica ex appendicitide.
Operation: Salpingo-oophorectomia sinistra, Salpingectomia dextra. Appendectomie.
Pathologischer Befund: Keine sicheren Zeichen für Appendicitis; beide Tuben schon makroskopisch stark verdickt; mikroskopisch ergibt sich die Diagnose: chronische Gonorrhoe. Im Ovarium keine Veränderung.
Patientin am 7. VII. 1910 geheilt entlassen.
Epikrise: Krankheitsursache aus dem pathologischen Bild leicht ersichtlich.

Fall 43. 18. V. 1908. Fr. St., 34 Jahre alt. Patientin war nie krank. Erste Periode mit 16 Jahren, letzte vor 3 Wochen, regelmäßig, 6 bis 10 Tage, mit Schmerzen im Leib, Kreuz und rechten Bein. 6 Entbindungen, deren Verlauf o. B. Vor 10 Wochen während der vorletzten Menstruation ziemlich plötzlich einsetzende Schmerzen im Abdomen in der Mitte und hauptsächlich auf der rechten Seite in die Leistengegend ausstrahlend. Das Gehen war beeinträchtigt, kein Erbrechen, keine Druckempfindlichkeit, keine Obstipation. Nachlassen der Schmerzen auf warme Wickel. Während der letzten Periode dieselben Erscheinungen. Gleichzeitig starker Blutverlust. In den letzten 8 Tagen Abnahme der Beschwerden.

Status: Gesund aussehende Frau, Leukozyten 11 000, Puls 76, Uterus retroflektiert, unbeweglich. Beiderseits hühnereigroße, nicht deutlich abgrenzbare Tumoren fühlbar, die den Adnexen angehören, wenig druckempfindlich; Tuben und Ovarien nicht gesondert austastbar. Mac Burney druckempfindlich.
Klinische Diagnose: Pelviperitonitis chronica adhaesiv. ex appendicitide.
Operation: Salpingo-oophorectomia bilateralis. Appendectomie.
Pathologischer Befund: Salpingitis gonorrhoica
Patientin am 6. VI. geheilt entlassen.
Epikrise: Auch hier ist die gonorrhoische Adnexerkrankung leicht zu erkennen.

Fall 44. 6. VIII. 1911. Fr. H., 24 Jahre alt. Zwei Kinder sind am Leben, 1 Fehlgeburt, mit 18 Jahren Hysterie, mit 22 Jahren leichter Scharlach. Erste Periode mit 16 Jahren, letzte Anfang Mai, Menses sehr unregelmäßig, dabei Schwindel, Übelkeit, Kopf-, Kreuz- und Leibschmerzen, Schwäche. Schon lange Ausfluß, Appetit in letzter Zeit schlecht. Patientin klagt häufig über Schmerzen im rechten Unterleib, auch solche im Kreuz und der Lebergegend, Wallungen. Vor 8 bis 10 Tagen traten leichte Blutungen auf, die

sich in den nächsten Tagen fortsetzten und stärker wurden, schließlich Fruchtabgang mit großen Blutungen.

Objektiver Befund: Scheide aufgelockert, darin Blut, Uterus spitzwinklig anteflektiert, Parametrien und Adnexe frei. Cervicalkanal geschlossen, Mac Burney sehr stark druckempfindlich, Appendix durch Bauchdecken durchzufühlen, ist klein, fingerdick, Gallenblase nicht druckempfindlich.

Klinische Diagnose: Abortus incompletus mens. III.

Differenzialdiagnose: Appendicitis subacuta.

Operation: Appendectomie, Appendix sehr lang, an der Basis alte Verwachsungen, die zum Teil leichte Einschnürungen in die Appendicitis zeigen; rechte Adnexe unverändert.

Pathologischer Befund: Hochgradige Schwangerschaftsveränderungen der Schleimhaut; keine sicheren Zeichen einer Appendicitis.

Patientin wird am 15. August geheilt entlassen.

Epikrise: Schwangerschaftsbeschwerden.

Fall 45. 9. IV. 1912. Frl. R., 22 Jahre alt. Als Kind Diphtherie. Erste Periode mit 15 Jahren, letzte 20. III., regelmäßig, geringer Blutverlust, keine Schmerzen, allgemein leicht erregt. Seit Mitte Februar im rechten Unterleib Schmerzen, beginnende Obstipation, Leeregefühle im Magen. Mitte März vom Arzt Blasenleiden diagnostiziert. Trotz Abführmittel dauernd obstipiert, seit einigen Tagen morgens Erbrechen und stärkere Schmerzen rechts. Am 2. IV. diagnostiziert ein anderer Arzt auf Grund der seit Februar im Abdomen rechts unten bestehenden Schmerzen „Appendicitis". Letztere steigern sich, weshalb Patientin in die Klinik kommt.

Status: Mittelkräftige Patientin, Puls 90, Introitus einer virgo intacta, Scheide eng, Portio weit, ziemlich lang. Uterus fast spitzwinklig retroflektiert. Lig. sacrouterinum beiderseits stark druckempfindlich, rechts mehr als links; rechtes Ovarium im hinteren Douglas nicht empfindlich, linkes nicht abzutasten; Mac Burney nicht druckempfindlich.

Klinische Diagnose: Appendicitis chronica. Retroflexio uteri mobilis gravidi.

Operation: Uterus faustgroß, retroflektiert aufgelockert (gravid?) Appendix lang, frei von Verwachsungen. Appendectomie.

Pathologischer Befund: Keine Zeichen einer Entzündung zu finden.

Patientin am 23. IV. geheilt entlassen.

Epikrise: Schwangerschaftsbeschwerden.

Fall 46. 29. XI. 1910. Frl. K., 21 Jahre alt. Vor 4 Jahren wurde Patientin wegen einer Gebärmutterknickung operiert. Erste Periode mit 12 Jahren, letzte 18. V. 1910, unregelmäßig, viel Blut, Schmerzen 6 bis 12 Tage, seit der Operation besser. Zwei spontane Entbindungen, großer Blutverlust, normales Wochenbett. In der rechten Seite hat Patientin Schmerzen, die langsam auftraten, später auch links. Seit 7 Wochen besteht gelber Ausfluß und Brennen beim Urinieren. Abends bestanden Kopfschmerzen, morgens trat oft Schwäche ein; Appetit schlecht, Stuhl o. B.

Status: frequenter Puls, Leukozyten 14000. Leib aufgetrieben; Graviditas VII bis VIII. Mac Burney druckempfindlich, sonstiger Befund wegen Spannens nicht aufnehmbar.

Klinische Diagnose: Graviditas VII bis VIII m. Appendicitis recidiv.

Operation: Appendectomie.

Pathologischer Befund: Keine Zeichen einer frischen oder alten Entzündung.

Patientin wird am 12. XII. 1910 geheilt entlassen.

Epikrise: Die Beschwerden werden wahrscheinlich von der Graviditas hervorgerufen.

Fall 47: 26. X. 1910. Frl. K., 26 Jahre alt. Patientin war stets gesund. Erste Periode mit 14 Jahren, letzte 7. VIII., alle 1 bis 3 Monate, 4 bis 5 Tage Dauer, mäßige Blutung, Krämpfe, eine spontane Entbindung, normales Wochenbett. Patientin hatte vor ca. 6 Wochen heftige Schmerzen im rechten Unterleib, die sie allmählich verlor, die aber von Zeit zu Zeit wieder auftraten. Am 24. X. bekam sie wieder sehr heftige Schmerzen; sie ging zur Poliklinik, die sie der Frauenklinik überwies. Fieber, Erbrechen, Verstopfung sollen nie dagewesen sein.

Status: Leukozyten 10300, Leib im unteren Teil vorgewölbt, Uterus anteflektiert, kindskopfgroß, Auflockerung der Scheide. Mac Burney druckempfindlich, Adnexe o. B.

Klinische Diagnose: Graviditas mens. III. Appendicitis chronica.

Operation: Appendectomie.

Pathologischer Befund: Sichere Zeichen frischer oder alter Entzündung fehlen.

Patientin am 11. XI. 1910 geheilt entlassen.

Epikrise: Es handelt sich um Schwangerschaftsbeschwerden.

Fall 48: 8. 10. 1909. Fr. J., 30 Jahre alt. Patientin angeblich nie krank. Vor 2 Jahren wegen Nierenleiden in der Klinik. 1. Periode mit 15 Jahren, letzte am 7. V., 2 Jahre unregelmäßig alle 5 bis 6 Wochen. 8 Entbindungen, letzte eine Zange. Seit Januar 1909

Schmerzen im Kreuz und rechten Unterleib, Brennen und Drang zum Wasserlassen, April bis Oktober stärkere Attacken, Fieber, Mac Burney druckempfindlich. Trotz ärztlicher Behandlung immer mehr oder weniger starke Schmerzanfälle.

Status: Puls 96, schnell, regelmäßig, Leukozyten 14000, Leib kugelig vorgewölbt, Fundus uteri 2 Querfinger unter dem Nabel. Sonstiger Befund o. B.

Klinische Diagnose: Graviditas mensium V, Appendicitis chronica.

Operation: In der Bauchhöhle klare Flüssigkeit, Appendectomie.

Pathologischer Befund: Normaler Wurmfortsatz.

Patientin am 19. X. geheilt entlassen.

Epikrise: Wir haben hier Schwangerschaftsbeschwerden vor uns.

Fall 49: 24. VI. 1906. Frl. W., 24 Jahre alt. Patientin hatte mit 12 Jahren Diphtherie, ist magenleidend. 1. Periode mit 12 Jahren, letze 18. IV., regelmäßig, 4 Wochen, 6 Tage, viel Blut und Schmerzen, besonders von dem 2. Wochenbett an, auch seitdem nicht regelmäßig, 3 spontane Entbindungen. Im Februar dieses Jahres erkrankte Patientin mit Schmerzen im rechten Unterleib, die zunächst 14 Tage sehr heftig waren, dann an Intensität bald nachließen, aber nicht ganz geschwunden sind. Seit vorgestern werden sie wieder verstärkt wahrgenommen. Im Mai trat die Periode nur andeutungsweise ein; Patientin glaubt entschieden, daß eine Gravidität ausgeschlossen sei. Angeblich im Februar Erbrechen und Übelkeit, häufig Kopfschmerzen, erhebliche Schwäche.

Status: blasses kränkliches Aussehen. Ileocöcalgegend entschieden druckempfindlich, lokalisierte Schmerzäußerung an einer Stelle, an der man durch die schlaffen Bauchdecken deutlich die Appendicitis zu palpieren glaubt. Uterus und Adnexe o. B.

Klinische Diagnose: Appendicitis. Graviditas mens. II bis III.

Operation: Appendectomie, keine Adhaesionen.

Pathologischer Befund: Normale Appendix.

Patientin am 20. VII. geheilt entlassen.

Epikrise: Schwangerschaftsbeschwerden.

Fall 50. 25. VIII. 1905. Fr. S., 24 Jahre alt. Früher nie krank. Im Anschluß an drei Fehlgeburten wurde Patientin unterleibskrank mit Ausfluß und Schmerzen in der Gegend der Gebärmutter. Sitzbäder, Ausspülungen brachten Besserung. Januar 1905 wurde Patientin zum 4. Mal schwanger. Auf Behandlung mit Spülungen blieb der Ausfluß zurück und das gestörte Allgemeinbefinden wurde ein Vierteljahr lang besser. Plötzlich entstanden heftige brennende

Schmerzen in der rechten Bauchseite, die sich bis zur Mittellinie erstreckten. Bald verzogen sich die Schmerzen, um vor 9 Wochen noch heftigeren in der Ileocöcalgegend Platz zu machen; dabei andauernd hohes Fieber (40,8°).

Status: Große Druckempfindlichkeit zwischen Spina iliaca ant. und Uterus. Bauchdecken gespannt, kein Tumor zu fühlen.

Klinische Diagnose: Appendicitis. Graviditas mens.VIII.

Operation: Appendectomie.

Pathologischer Befund: Rechte Adnexe und Appendix normal.

Patientin im 9. Monat der Schwangerschaft am 15.IX.1905 entlassen.

Epikrise: Pyelitis möglich. Schwangerschaftsbeschwerden.

Fall 51. 17. V. 1912. Fr. G., 36 Jahre alt. Mit 4 Jahren Masern, mit 7 Jahren Keuchhusten, mit 30 Jahren Lungenentzündung, mit 31 Jahren wurde eine Tubensterilisation an ihr vorgenommen. Vor einem Jahr Gebärmutterausfall. Erste Periode mit 15 Jahren, letzte April 1912, setzte vordem vom 10. Dezember bis 1. April aus und kam zum ersten Mal wieder am 1. April, letzte 26. IV. Vier Entbindungen, 2 Fehlgeburten; bei einer Frühgeburt Fieber im Wochenbett, Patientin lag 14 Tage. Nach kurzer Attacke im Oktober 1911 begann die jetzige Erkrankung im Februar 1912 mit ziehenden Schmerzen in der Blinddarmgegend und im Kreuz.

Status: Kräftige Patientin, in letzter Zeit besteht Obstipation, Brennen beim Wasserlassen, Urin eiweißhaltig, flockig, Ausfluß blutig verfärbt, Atembeengung, Herzklopfen, Kopfschmerzen, Schwindel, Schweiße, Fieber, Corpus uteri anteflektiert, beweglich, ziemlich klein, Adnexe und Param. frei, Mac Burney druckempfindlich.

Klinische Diagnose: Appendicitis chronica, Cystitis.

Operation; 18. V. Appendectomie, Appendix schlank, ohne bemerkbare Veränderungen. 21. V. Nephropexie.

Pathologischer Befund: Mikroskopisch finden sich keine sicheren Zeichen für Appendicitis.

Patientin wird am 3. VI. gebessert entlassen. Noch geringe Beschwerden wegen der Pyelitis.

Eprikrise: Cystitis bestand.

Fall 52. 10. VIII. 1911. Frl. N., 17 Jahre alt. Als Kind Lungenentzündung. Im Frühjahr 1911 hatte sie einen „appendicitischen Anfall" von 6 Wochen Dauer, dabei Erbrechen, Übelkeit, Kopfschmerzen, Fieber. Am 23. Juli erkrankte Patientin an einem neuen Anfall unter denselben Symptomen.

Status: Puls 120, aber kräftig, regelmäßig.

Klinische Diagnose: Appendicitis. Basedow.

Operation: Appendix liegt in dichten Verwachsungen, lang, Appendectomie.
Pathologischer Befund: Mikroskopisch lassen sich keine Residuen von überstandenen Anfällen nachweisen.
Patientin am 23. VIII. geheilt entlassen.
Epikrise: Die Schmerzen wurden durch die großen Verwachsungen der Appendix ausgelöst. Aetiologie unklar.

Fall 53. 14. XI. 1911. Frl. H., 24 Jahre alt. Nie krank. Erste Periode mit 17 Jahren, letzte am 22. XI., regelmäßig, alle 4 Wochen. keine Schmerzen, ziemlich Blut. Nach der Periode weißer Ausfluß, Appendicitische Anfälle bestanden früher nicht. Vor 8 Tagen erkrankte Patientin an Halsentzündung mit hohem Fieber (40,6°), hatte starke Schmerzen in der rechten Seite. Auf Opium gehen sie zurück.
Status: Puls 96, Mac Burney druckempfindlich, Uterus spitzwinklig anteflektiert, linke Adnexe frei, rechte Adnexe druckempfindlich, ein ca. pflaumengroßer weicher Tumor rechts neben dem Uterus zu fühlen.
Klinische Diagnose: Appendicitis subacuta post anginam.
Operation: Appendix lang, dünn, mit einzelnen Verwachsungen durchzogen. Appendectomie.
Pathologischer Befund: Wurmfortsatz ohne ältere oder jüngere Entzündungsprozesse.
Patientin am 16. XII. geheilt entlassen.
Epikrise: Unklare Aetiologie.

Fall 54. 9. XII. 1911. Fr. H., 36 Jahre alt. Früher Lungenentzündung, vor zwei Jahren Gebärmutteroperation. Erste Periode mit 13 Jahren, letzte vor einigen Tagen, regelmäßig, Kreuz- und Leibschmerzen, mäßige Blutung. Drei Fehlgeburten, I., III. und IV. Monat. Die jetzige Erkrankung begann im August mit Schmerzen in der rechten Seite und machte Patientin 14 Tage bettlägerig. Alsdann hatte sie jeden Tag Schmerzen. Nach einer Reise im September trat eine Verschlimmerung ein mit Fieber. Sie hütete 8 Tage das Bett, die Beschwerden jedoch blieben bestehen. „Oophoritis" wird diagnostiziert, daraufhin strenge Bettruhe 8 Wochen lang. Seit der jetzigen Krankheit ist Patientin nervös.
Status: Puls kräftig, regelmäßig, 80. Leib flach.
Klinische Diagnose: Appendicitis recidiv.
Operation: Uterus anteflektiert, Tuben schlank, Ovarien unverändert. Appendix an der Spitze verwachsen, breite Adhäsionen reichen tief in die Beckenschaufel. Appendectomie.
Pathologischer Befund: Am Appendix befinden sich keine pathologischen Veränderungen.
Patientin am 21. VII. geheilt entlassen.
Epikrise: Aetiologie ist absolut fraglich.

Fall 55. 15. I. 1912. Fr. T., 44 Jahre alt. Anamnese belanglos, Erste Periode mit 14 Jahren, letzte Mitte Dezember 1911, regelmäßig. 4 bis 5 Tage; eine Entbindung. Kommt wegen einer immer wieder recidivierenden Absceßbildung an der rechten großen Labie.

Objektiver Befund: Uterus retroflektiert, fixiert und rechts abgebogen, hühnereigroß, rechte Adnexe undeutlich, schmerzhaft, Mac Burney empfindlich, Scheide weit, rechts ca. kirschgroße Cyste in der großen Labie.

Klinische Diagnose: Bartholinische Cyste rechts. Appendicitis chronica. Pyolsalpinx.

Operation: Adnexe beiderseits frei und schlank. Appendix an der Basis verwachsen, Appendectomie.

Pathologischer Befund: Völlig normaler Wurmfortsatz.

Patientin am 30. I. geheilt entlassen.

Epikrise: Aetiologie fraglich.

Fall 56. 16. II. 1911. Fr. W., 35 Jahre alt. Als Kind hatte Patientin Masern, angeblich Lungenentzündung, und später war sie nierenleidend. Erste Periode mit 13 Jahren, letzte am 4. II. 1911, seit einem Jahr unregelmäßig, ziemlich Schmerzen, starke Blutungen, 8 Tage. 3 spontane Entbindungen mit normalem Verlauf. Vor 11 Jahren soll ein „appendicitischer Anfall" bestanden haben, Dauer 3 Wochen. Schon vor der ersten Schwangerschaft bestanden nervöse Beschwerden, die sich nachher besserten. Im letzten Oktober hatte sie starke Schmerzen im Unterleib. Am 2. I. 1911 ging sie zum Arzt wegen Verstopfung. Seit 4 Wochen sind die Schmerzen stärker, vor 8 Tagen Kreuz- und Gliederschmerzen, sodaß Patientin zum Arzt ging.

Status: Uterus anteflektiert, beweglich. Adnexe wegen Spannens nicht tastbar. Mac Burney druckempfindlich, Puls regelmäßig.

Klinische Diagnose: Alte Pelviperitonitis ex appendicitide.

Operation: Appendix liegt in leichten Verwachsungen; distales Ende frei; Appendectomie.

Pathologischer Befund: Sichere Zeichen einer abgelaufenen Entzündung sind nicht vorhanden.

Patientin wird am 7. III. geheilt entlassen.

Epikrise: Unklare Aetiologie auch hier.

Fall 57. 27. IX. 1911. Fr. H., 44 Jahre alt. Mit 22 Jahren hatte Patientin 4 Wochen nach ihrem ersten Partus eine Bauchfellentzündung, im Jahre 1902 Herzbeutelentzündung. 1909 machte sie eine Operation wegen eines Scheidenvorfalles mit. Erste Periode mit 15½ Jahren, letzte Mitte September, seit der Operation 1909 unregelmäßig, Intervall meist 14 Tage, Blutung verschieden stark, bisweilen Krämpfe im Leib. 6 Entbindungen, 1 Zange,

Wochenbett normal, außer beim ersten Kind. Zu Anfang August dieses Jahres hatte sie den ersten „appendicitischen Anfall", Dauer 2 Tage, krampfartige Schmerzen in der Blinddarmgegend, die heute noch vorhanden sind, mehr oder weniger stark.

Status: Uterus, anteflektiert, klein, beweglich, linke Adnexe o. B., rechts nicht deutlich tastbar. Ziemlich starker Druckschmerz in der Blinddarmgegend, mäßiger Ernährungszustand der Frau. Puls 80. Obstipation wechselt mit Durchfall, Schwindel.

Klinische Diagnose: Appendicitis chronica.

Operation: Appendix an der Basis mit feinen Verwachsungen versehen. Adnexe o. B. Appendectomie.

Pathologischer Befund: Normale Appendix.

Patientin am 9. IX. geheilt entlassen.

Epikrise: Entzündung mit unklarer Aetiologie.

Fall 58. 7. X. 1910. Fr. B., 29. Jahre alt. Früher Lungenentzündung. Erste Periode mit 17½ Jahren, letzte 15. September, starker Blutverlust. 3 normale Entbindungen, im 2. Wochenbett Lungen- und Brustfellentzündung. Mitte April dieses Jahres bekam sie heftige Schmerzen in der rechten Unterleibsseite, Schwindel, Kopfschmerz, Schwäche.

Status: Uterus retroflektiert, fixiert, Adnexe beiderseits o. B.; rechte Unterleibseite auf Druck schmerzhaft.

Klinische Diagnose: Retroflexio uteri fixata.

Differenzialdiagnose: Appendicitis chronica.

Operation: Lösung von Verwachsungen, Appendectomie.

Pathologischer Befund: keine sicheren Zeichen einer abgelaufenen Entzündung.

Patientin am 28. X. geheilt entlassen.

Epikrise: Entzündung unklarer Aetiologie.

II. Gruppe.

Die Diagnose wurde auf einen krankhaften Zustand in den Beckenorganen gestellt, während die Appendix die Ursache des Leidens darstellte.

Fall 59. 14. VI. 1910. Fr. J., 33 Jahre alt. Immer gesund. Erste Periode mit 16 Jahren, letzte Anfang Juni, regelmäßig, 4 Wochen, 6 bis 8 Tage, mäßige Blutung. 2 Entbindungen, 1 Fehlgeburt. Wochenbett o. B. Seit Ende Dezember 1909 starke stechende und spannende Schmerzen im Leib und Rücken. Patientin im April vom Arzt ausgekratzt, jedoch ohne Erfolg.

Status: gesund aussehende Frau, Puls regemäßig, Leib gewölbt, Uterus faustgroß, anteflektiert, beweglich, harte Tuben, schlank; Ovarium nicht deutlich abtastbar.

Klinische Diagnose: Uterus myomatosus.

Operation: Extirpatio uteri totalis c. Adnexe sin. per laparat.; Appendectomie. Uterus stark verwachsen, mehrere Myome.
Pathologischer Befund: Zeichen einer abgelaufenen phlegmonösen Appendicitis. In dem allgemein vergrößerten Uterus finden sich keine Myomknoten.
Patientin am 21. VII. geheilt entlassen.
Epikrise: Die Schmerzen gingen sicher von den Verwachsungen nach der Appendicitis aus.

Fall 60. 21. I. 1912. Frl. K., 38 Jahre alt. Patientin früher lungenleidend, lag vom 22. November 1911 bis 21. Januar 1912 in hiesiger medizinischer Klinik. Erste Periode mit 13 Jahren, letzte 13. I. 1912, regelmäßig 1 bis 2 Tage, Schmerzen, wenig Blut. Die jetzige Krankheit begann vor 14 Tagen mit plötzlichen Schmerzen im Unterleib, besonders während der Periode.

Status: Virginelles Genitale, beiderseits Alex. Adamsnarben. Uterus klein, derb, retroflektiert, dextroponiert. Am rechten Tubenwinkel ein kirschgroßer, druckempfindlicher Tumor, von mäßiger Konsistenz. Außer diesem fühlt man einen zweiten Tumor in der Gegend des Cöcums. Der Tumor ist etwas verschieblich. Bei Druck auf denselben macht die Portio Bewegungen im gegengesetzten Sinne. Schwächliche Frau. Puls 78.
Klinische Diagnose: Cöcum mobile. Retroflexio uteri.
Operation: Appendix schlank, frei von Verwachsungen, Appendectomie. Die Verwachsungen des Colon transversum von der Gallenblase werden scharf gelöst.
Pathologischer Befund: Gallenblase ist mikroskopisch unverändert, nur ist im Bild die Muskulatur als leicht hypertrophisch anzusprechen. Dagegen finden sich am Wurmfortsatz schwere Veränderungen, völlige Obliteration des distalen Drittels, typische Narbenbildungen als Beweis für eine abgelaufene schwere ulceröse Appendicitis. Die Verwachsungen an der Gallenblase müssen mit großer Wahrscheinlichkeit auf die frühere Appendicitis zurückgeführt werden.
Patientin am 22. II. 1912 geheilt entlassen.
Epikrise: Primäre Appendicitis mit nachfolgenden schweren Verwachsungen.

Fall 61. 5. IV. 1910. Frl. D., 20 Jahre alt. Früher Lungenentzündung. Erste Periode mit 18 Jahren, letzte 27. III., regelmäßig, 4 bis 5 Tage, viel Blut, vorher Schmerzen. Am 9. III. erkrankte Patientin plötzlich unter großen Schmerzen, Erbrechen; der Leib war stark aufgetrieben. Therapie: Erst Eisbeutel, dann heiße Wickel. Auf

Verlangen kam Patientin in medizinische Klinik, hernach in hiesige Frauenklinik.

Status: Gesund aussehendes Mädchen, Puls 116, kräftig, Leukozyten 12500, Haemoglobingehalt 80%, Fieber 39,1° C, Schweiße. Leib stark vorgewölbt, gespannt, schmerzhaft, enthält geringes Exsudat, Genitalien o. B., Brechreiz, Duchfall.

Klinische Diagnose: Peritonealtuberkulose.

Operation: Keine Tbc., infantiler Uterus, linke Adnexe schlank, Tube offen durch schleierhafte Verwachsungen verklebt. Rechts sieht man die Tube von der Mitte aus bis auf Fingerdicke anschwellen und in den Douglas hinein verschwinden. Um den Pavillon herum große Adhaesionen. Appendix mit der Tube auf dem Beckenboden verwachsen. Appendectomie und Salpingectomie soweit nötig.

Pathologischer Befund: Zellreiche Infiltrationen aller Muskelschichten, vorwiegend lymphocytaerer, zum Teil auch leukozytaerer Natur, sprechen für eine vor einer bis einigen Wochen stattgehabte akute phlegmonös-ulceröse perforierende Appendicitis. Patientin wird am 21. V. manisch erregt (ihre Mutter starb während ihrer Behandlungszeit) in die psychiatrische Klinik verbracht.

Epikrise: Es lag hier also eine Verwechslung mit Tbc. vor.

Fall 62. 18. V. 1910. Frl. Sch., 21 ½ Jahre alt. Vater an Tbc., Mutter an Pneumonie gestorben. Patientin war chlorotisch, machte einen Lungenspitzenkatarrh und Angina durch. Erste Periode mit 13 ½ Jahren, letzte 3. V., sehr unregelmäßig, 14 Tage bis 6 Wochen 5 bis 6 Tage Dauer, wenig Blut, starke Schmerzen. Seit September vorigen Jahres stechende Schmerzen links unten, kein Erbrechen, wahrscheinlich Fieber. Ab und zu bestanden früher Schmerzen in der Ileocoecalgegend, sehr viel Verstopfung, Ausfluß, Kreuz-, häufig Kopfschmerzen, Schwindel, Herzklopfen.

Status: Blasse Gesichtsfarbe, Puls regelmäßig, Erythrocyten 3825000; Leib leicht gewölbt, Genitalien o. B.

Klinische Diagnose: Tuberkulose tubae sin. incipiens.

Differenzialdiagnose: Tbc. inc. des Pelviperitonemus.

Operation: Genit. o. B. Nirgends Knötchenbildung. Appendix in feine Verwachsungen gebettet. Appendectomie.

Pathologischer Befund: Abgelauf. ulceröse Appendicitis.

Patientin am 1. VII. geheilt entlassen.

Epikrise: Verwechslung mit Tbc. liegt vor.

Fall 63. 11. IX. 1910. Frl. T., 29 Jahre alt. Vater an Lungentuberkulose gestorben. Früher hatte Patientin Rotsucht, Diphtherie mit 19 Jahren war sie wegen Tbc. pulmonum im Spital. Erste Periode

mit 18 Jahren, letzte vor 8 Tagen, schmerzhafter Verlauf, starker Blutverlust. Eine normale Entbindung. Seit einer Operation vor 2 Jahren in hiesiger Klinik hat Patientin Schmerzen in beiden Seiten des Unterleibes, desgl. Kreuzschmerzen, starken Ausfluß, Obstipation, Erbrechen, Herzklopfen, Schwindel.

Status: Uterus retroflektiert, der nach hinten mehr fixiert ist. Adnexe und Parametrium frei.

Klinische Diagnose: Retroflexio uteri fixata, Pelviperitonitis chronica.

Differenzialdiagnose: Tbc.?

Operation: Lösung von Verwachsungen, Ventrifixur, rechte Ovar vergrößert. Appendectomie.

Pathologischer Befund: Frühere abgelaufene phlegmonöse Entzündung.

Patientin am 17. X. 1910 geheilt entlassen.

Epikrise: Wir haben es hier mit den Folgen der stattgehabten Appendicitis zu tun und nicht mit Tbc.

Fall 64. 7. XII. 1910. Frl. B., 26 Jahre alt. Vater lungenkrank. Patientin hatte mit 10 Jahren Rippenfellentzündung, mit 17 Jahren Gelenkrheumatismus, wurde zweimal wegen Blutungen ausgekratzt. Erste Periode mit 16 Jahren, letzte vor 8 Tagen; bis zum 20. Jahr hatte sie viel Blut verloren, dann weniger, keine Schmerzen, 1 bis 3 Tage, regelmäßig. Vor zwei Jahren fiel Patientin von einer Leiter herunter, gleich darauf trat Blutung ein, die ca. 14 Tage dauerte, dann aufhörte und mit der nächsten Menstruation wieder einsetzte und dann permanent bestand. Im Oktober 1909 wurde Patientin ausgekratzt, darauf hörte die Blutuug auf, begann aber nach 10 Tagen wieder, dauerte 10 Tage lang, um dann ca. $^1/_4$ Jahr lang auszusetzen. Während dieser Zeit trat keine Menstruation auf, dann blutete es wieder 3 Tage und setzte wieder 4 Wochen aus. Dann trat mit nächster Periode wieder Blutung auf. Im April 1910 wurde sie zum zweiten Male ausgekratzt. Bereits nach 3 Tagen wieder Blutung, es hörte wieder auf und begann nach 10 Tagen wieder. Hierauf Bluten bis Juni, alsdann 4 Wochen kein Blut und dann Blutung bis jetzt. Patientin bekam geschwollene Füße, weshalb sie zum Arzt ging, der sie in die Klinik schickte. Es bestehen Kreuz- und Unterleibschmerzen, Schwäche, Schwindel und Herzklopfen.

Status: Puls sehr irregulär, langsam, Leukozyten 16000, Leib vorgewölbt, Uterus etwas vergrößert, hart und beweglich, Tuben und Ovarien nicht verdickt.

Klinische Diagnose: Haemophilie, Endometritis tuberculosa.

Operation: Extirpation der Adnexe. Appendix in feine Verwachsungen eingebettet. Appendectomie. Abrasio.

Pathologischer Befund: Mikroskopisch zeigt die Uterusschleimhaut nichts Besonderes. In den Adnexen keine Zeichen von Tbc. Appendix zeigt leichte Stenosierung und Wandveränderungen, die auf eine abgelaufene Appendicitis schließen lassen.
Patientin am 20. I. geheilt entlassen.
Epikrise: Verwechslung mit Tbc. liegt vor.

Fall 65. 30. V. 1910. Fr. G., 43 Jahre alt. Patientin litt früher an Blasenkatarrh, sonst angeblich gesund. Erste Periode mit 16 Jahren, letzte 17. IV., immer regelmäßig, 2 bis 8 Tage Dauer, wenig Blut, keine Schmerzen. 10 spontane Entbindungen, eine Steißgeburt mit ärztlicher Hilfe Am 7. V. 1910 in der Nacht plötzlich heftige Schmerzen im Unterleib. Seit dieser Zeit immer Schmerzen, oft Verstopfung, keine Beschwerden beim Wasserlassen, Erbrechen und Übelkeit, Schwäche.

Status: Blasses Aussehen, Puls regelmäßig, Leukozyten 6400. Leib gewölbt. Im Leib unterhalb des Nabels eine halbmondförmige, harte, bewegliche Geschwulst. Normale Genitalien.
Klinische Diagnose: Ca des Col. transv.
Differenzialdiagnose: Ca coeci.
Operation: Injizierte Därme mit einander verwachsen. Coecumgegend infiltriert; infolge einer Stieldrehung Stenose, die Tumoren vortäuschte. Appendix verdickt. Gewebe um Appendix und Coecum herum infiltriert. Appendectomie.
Pathologischer Befund: Deutliche Zeichen einer abgelaufenen Appendicitis.
Patientin am 20. VI. geheilt entlassen.
Epikrise: Abgelaufene Appendicitis gab zu Verwechslung mit Ca. Anlaß.

Fall 66. 19. VII. 1910. Fr. M., 48 Jahre alt. 3 Kinder stark nervös, 3 Kinder gestorben an Lues hereditaria, Ehemann an Paralyse. Vor 30 Jahren hatte sie eine Nierenentzündung, dann Diphtherie, Mastdarmfistel. Vor 20 Jahren luetisch infiziert, dann Ulcus linquae, gummata capitis. Erste Periode mit 14 Jahren, letzte vor 2 Wochen, regelmäßig, viel Blut, Schmerzen, 4 bis 5 Tage. 6 spontane Entbindungen, fieberfrei. Seit zwei Jahren starke Menstruationsblutungen, seit derselben Zeit schwarzer Stuhl, wie Kaffeesatz, dann wieder im letzten Winter dasselbe, Durchfälle und starke Verstopfung, viel Kreuz- und Kopfschmerzen, ständige Auftreibung des Leibes, Schwäche, nie ein appendicitischer Anfall.

Status: Puls regelmäßig, kräftig, 80, Leukozyten 6200, Leib stark vorgewölbt, gebläht.
Klinische Diagnose: Carcinoma coeci. Gumma?

Operation: Rechts unten ein ca. apfelgroßer brauner Tumor; Coecum mit der Beckenwand verwachsen, rechte Tube wird extirpiert. Appendectomie.
Pathologischer Befund: In der Tube keine entzündlichen Veränderungen, abgelaufene Appendicitis.
Patientin am 29 VIII. geheilt entlassen.
Epikrise: Es liegt eine Verwechslung mit carcinoma coeci vor.

Fall 67. 29. VII. 1912. Fr. D., 27 Jahre alt. Patientin hatte früher Diphtherie. Erste Periode mit 13 Jahren, letzte vor 3 Wochen, regelmäßig, stark, 5 bis 6 Tage, die letzte Periode dauerte 14 Tage. 4 normale Entbindungen, 1 Fehlgeburt. Vor 8 Tagen hatte Patientin Schmerzen beim Wasserlassen, jetzt bestehen seit 3 Tagen Schmerzen im Kreuz. Obstipation, oft Erbrechen und Übelkeit, Schwäche, Schwindel.

Status: Uterus retroflektiert, aufrichtbar unter starken Schmerzen, Blase schmerzhaft, der ganze Leib druckempfindlich, Parametrien und Adnexe frei, soweit abtastbar.
Klinische Diagnose: Retroflexio uteri mobilis, Cystitis.
Operation: Appendectomie. Uterus aufgelockert (gravide).
Pathologischer Befund: Abgelaufene ulceröse-phlegmonöse Appendicitis.
Patientin am 12. VIII. geheilt entlassen.
Eprikrise: Verwechslung mit Cystitis.

Fall 68. 15. VII. 1911. Frl. H., 28 Jahre alt. Als Kind nie krank. Erste Periode mit 15 Jahren, letzte vor 8 Tagen, regelmäßig. Vor 3 Jahren Auftreten eines „appendicitischen Anfalles", der 2 Tage dauerte, ebenso einen im letzten Frühjahr und jetzt vor 8 Tagen. Hier erkrankte sie mit den typischen Schmerzen und Erbrechen. Patientin litt immer an Verstopfung, Schwindel, Kopfschmerzen, Ausfluß, Vorhandensein von Fieber fraglich. Kein Icterus.

Status: Puls normal. Rötung des Ausführungsganges der Bartholinischen Drüsen, gelblicher Ausfluß, Uterus anteflektiert, beweglich, Parametrien und Adnexe frei, Mac Burney, Gallenblasengegend, sowie die linke Unterleibgegend gleich druckempfindlich.
Klinische Diagnose: Appendicitis chronica. Cholelithiasis.
Operation: Frische Verwachsungen zwischen Appendix, und Netz, Basis verwachsen, Mitte dick, Appendectomie, rechts und links Adnexe frei. Gallenblase liegt dicht in Verwachsungen; keine Steine.
Pathologischer Befund: Appendix zeigt distal eine Obliteration. Verdickung des subumcösen Bindegewebes

und kleinzellige Infiltrate in der äußeren Muskulatur. Es handelt sich um eine abgelaufene Appendicitis.
Patientin wird am 29. VII. 1911 geheilt entlassen.
Epikrise: Verwachsung mit Gonorrhoe und Cholelithiasis liegt vor.

Fall 69. 2. X. 1907. Frau J. 23½ Jahre alt. Mit 6 Jahren Gehirnentzündung, als Mädchen Bleichsucht. Erste Periode mit 15 Jahren, letzte vor 8 Wochen; seit Februar alle 14 Tage, vorher blieb sie manchmal aus, letztes Jahr sehr heftig, 6 bis 7 Tage Dauer. Vor 2 Jahren begann die Krankheit mit plötzlichen, heftigen Schmerzen im Leib, besonders rechts, heftiges Erbrechen, Fieber. Nach 10 Tagen stand Patientin wieder auf; Behandlung mit Leinsamenumschlägen. Seit dem Anfall von Zeit zu Zeit Schmerzen in der Ileocöcalgegend. Vor 2 Wochen bekam sie einen 2. Anfall, der 14 Tage dauerte. Arzt rät zur Operation, als am 25. X. ein neuer Anfall kam, der stärker wie die früheren war, kommt Patientin in die Klinik.
Status: Puls 80, regelmäßig, Leukozyten 2280, Mac Burney druckempfindlich, ein Tumor ist nicht zu tasten. Äußere Geschlechtsteile und Harnröhrenmündung etwas gerötet. Bartholinische Drüsen feucht. Uterus o. B., rechte Adnexe nicht auszutasten; links geht ein kleinfingerdicker Strang zur Beckenwand. Gonococcenpräparat aus Cervix und Urethra negativ
Klinische Diagnose: Salpingitis gonorrhoica dextra Pyosalpinx gon. sin.
Differenzialdiagnose: Tbc.
Operation: Uterus hinten leicht adhaerent, rechtes Ovar stark verwachsen, rechte Tube offen am abdominalen Ende, wird extirpiert; links derselbe Befund. Appendectomie, Appendix fest verwachsen und perforiert.
Pathologischer Befund: Mit abgelaufener Perforation im medialen Drittel und völlige Zerstörung im proximalen einhergegangene Appendicitis.
Patientin wird am 29. X. geheilt entlassen.
Epikrise: Es bestand eine abgelaufene Appendicitis.

Fall 70. 25 VII. 1906. Fr. H., 27 Jahre alt. Erste Periode mit 13 Jahren, unregelmäßig von Anfang an, schwach, 4 Tage, keine Schmerzen. Seit vorigem Jahr anhaltende Rückenschmerzen, Gemütsdepression wegen Kinderlosigkeit ihrer fünfjährigen Ehe. Im November vorigen Jahres Blasenkatarrh, viel Kopfschmerzen.
Status: Puls beschleunigt, Uterus retroflektiert, stark abgedrückt, hinten fixiert, ebenso Adnexe.
Klinische Diagnose: Sterilitas matrimonii, Pelviperitonitis gon. adhaes.

Operation: Lösung von Verwachsungen an den Adnexen und am Uterus. Durchschneidung der rechten Tube. Appendectomie.
Anatomische Diagnose: Pelviperitonitis adhaes. Abgelaufene Appendicitis.
Patientin wird am 8. VIII. 1906 geheilt entlassen.
Epikrise: Verwechslung einer abgelaufenen Appendicitis mit gonorrhoischen Verwachsungen.

Fall 71. 7. VIII. 1905. Fr. S., 30 Jahre alt. Mitte Januar 1905 Schmerzen im Unterleib, die sich bis zum Magen erstrecken, hartnäckige Stuhlverstopfung, durch Medicamente behoben. Nach 6 Wochen erneuter Anfall, belegte Zunge, Appetitlosigkeit, Magen- und Unterleibschmerzen; geringe Druckempfindlichkeit, aber nicht am Mac Burney'schen Punkt; Gebärmutterverlagerung nach hinten. Kindsfaustgroßer Tumor hinter dem Uterus, in den die Adnexe eingebettet sind.

Klinische Diagnose: Pelveoperitonitis adhaes gon., Sterilitas matrimonii.
Operation: Lösung von Verwachsungen, Appendectomie.
Pathologischer Befund: Sichere Zeichen einer abgelaufenen Appendicitis vorhanden.
Patientin wird am 3. IX. 1905 entlassen.
Epikrise: Abgelaufene Appendicitis.

Fall 72. 29. XI. 1909. Fr. H., 29 Jahre alt. Früher Scharlach, Bleichsucht. Erste Periode mit 16 Jahren, letzte 20, XI. 1909, früher regelmäßig, seit April 1907 unregelmäßig, 5 bis 6 Wochen, 1 Steißgeburt mit normalem Verlauf. Seit dem Wochenbett Schmerzen im Unterleib, wurde mit Sitzbädern und Jodtampons behandelt; Patientin leidet an Obstipation, Kopfschmerzen, Schwäche, Wallungen, nervösen Beschwerden.

Status: 70% Hglb., 15000 Leukozyten, Puls regelmäßig, Leib vorgewölbt, Uterus normal, rechte Tube verdickt, schmerzhaft, rechtes Ovar hühnereigroß, linke Adnexe o. B., Douglas verengt, schmerzhafte Stränge.
Klinische Diagnose: Pelveoperitonitis chronica adhaes. sept. post partum. Pyovarium et Pyosalpinx chronica dextr. sept. p. p.
Operation: Rechte und linke Tube offen, Ovarien normal, Appendix kurz, Appendectomie.
Pathologischer Befund: Zeichen einer abgelaufenen phlegmonös-ulcerösen Appendicitis.
Patientin am 27. XII. geheilt entlassen.
Epikrise: Wir haben einen gewöhnlichen Fall von phlegmonöser-ulceröser Appendicitis.

Zusammenfassung.

Unter den 72 klinischen Fällen befanden sich demnach 58 (80,9%), wo Appendicitis fälschlich diagnostiziert war, denen 14 (19,44%) der II. Gruppe gegenüberstehen.

Von der I. Gruppe sind es in erster Linie Erkrankungen bei meist nervös veranlagten Individuen, wo sich keine Veränderungen an Organen nachweisen ließen. Deshalb sah man sich veranlaßt, diese als nervöse Organempfindungen anzuführen.

Sie fanden sich in 20 Fällen oder in 34,4%. Dann folgen der Reihe nach:

Darmkatarrh	in 10 Fällen	oder in 17,2%
Adnexerkrankungen	in 7 Fällen	oder in 12 %
Schwangerschaftsbeschwerden	in 7 Fällen	oder in 12 %
Gonorrhoe	in 6 Fällen	oder in 10,3%
Cystitis	in 1 Fall	oder in 1,6%

Dazu kommen noch 8 Erkrankungen (13,5%) mit unklarer Aetiologie.

In der II. Gruppe sehen wir die Verwechslung so ziemlich gleichmäßig auf folgende Fälle verteilt:

Tuberkulose	in 4 Fällen	oder in 28,55%
Gonorrhoe	in 4 Fällen	oder in 28,55%
Ca des Coecums	in 2 Fällen	oder in 14,27%
Uterus-Ca Coecum mobile Cystitis Pyovarium	in je 1 Fall	oder in 7,1 %

Aus dieser Zusammenstellung ergibt sich vor allen Dingen, daß die Klinik die Folgen einer Appendicitis wohl ermißt und deshalb lieber einmal zu viel als zu wenig diese Diagnose stellt. Weiter läßt sich wohl ersehen, welch gewaltiger Einfluß dem Nervensystem zuzuschreiben ist, wie häufig ein Darmkatarrh oder Schwangerschaftsbeschwerden ein falsches Krankheitsbild hervortäuschen konnten. Aber das wird auch in Zukunft die Gynaekologen nicht abhalten dürfen in Anbetracht der unheilvollen Folgen, die eine verfehlte Diagnose mit sich bringen kann, eine eingreifende und doch wenig gefährliche Therapie zu verfolgen, wie sie die Freiburger Klinik bereits seit Jahren vertritt.

Literaturangaben.

Aschoff, Die Wurmfortsatzentzündung. Eine path. histol. und pathogenetische Studie. 1908.

Cathomas, Differenzialdiagnose zwischen akuter Appendicitis und Ruptur einer graviden Tube. Beiträge zur klinischen Chirurgie. Band 65. 1909.

Krönig-Döderlein, Operative Gynaekologie. 1912.

Gottlieb, Über Appendicitis bei Frauen. M. M. W. 1910.

Kümmell, Wodurch setzen wir die Mortalität der Appendicitis herab? Archiv für klinische Chirurgie. Band 92. 1910.

Küstner, Lehrbuch der Gynaekologie. 1915.

Neuberg, Über Appendicitis im Kindesalter. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. Band 89.

Nordmann, Zur Behandlung der Perityphlitis und ihrer Folgeerkrankungen. Archiv für klinische Chirurgie. Band 78. 1900.

Pankow, Die Appendicitis beim Weibe und ihre Bedeutung für die Geschlechtsorgane. Beiträge zur Geburtshilfe und Gynaekologie. Band 13. 1909.

von Rosthorn, XVI. Congrès international de médecine 1909. Appendicitis und Erkrankungen der adnexa uteri.

— Appendicitis und Adnexerkrankungen. M. M. W. 1910.

Schridde, Hist. Diagnose der Salpingitis gon. D. M. W. 1908.

Teilhaber, Zur Lehre von der Entstehung und Behandlung der Kreuzschmerzen. M. M. W. 1911.

Wohlgemuth, Beziehungen der Appendicitis zu Erkrankungen der Adnexe und der extrauterinen Gravidität. M. M. W. 1910.

Zum Schluß dieser Arbeit sei es mir gestattet, Herrn Geh. Hofrat Prof. Dr. Krönig für die Ueberlassung des Materials und die freundliche Uebernahme des Referates meinen Dank auszusprechen. Zu besonderem Dank bin ich dem leider zu früh verstorbenen Herrn Dr. Schlimpert für die liebenswürdige Unterstützung bei der Ausführung der Arbeit verpflichtet.

Lebenslauf.

Ich, Alfred Erggelet, bin am 15. Mai 1888 zu Freiburg im Breisgau geboren.

Nach meinem Abitur im Sommer 1908 widmete ich mich dem Studium der Medizin. Meine Studienjahre brachte ich in Freiburg und München zu.

Das Physikum machte ich in Freiburg am Schlusse des W.-S. 1910/11, wo ich auch im Spätjahr 1913 mein Studium mit dem ärztl. Staatsexamen beendigte.